



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tarja Koukkunen

KOTONA ASUVIEN IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINTI JA SEN TUKEMINEN

Ylempi AMK -tutkinto
Sosiaali- ja terveysala
2014

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Tarja Koukkunen
Opinnäytetyön nimi	Kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointi ja sen tukeminen
Vuosi	2014
Kieli	suomi
Sivumäärä	95 + 6 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kotisairaanhoidon työntekijöitä haastattele-
malla selvittää, mistä kotona itsenäisesti asuvien ikääntyneiden hyvinvointi koos-
tuu. Lisäksi tavoitteena oli kehittää toimintakuntaan sosiaali- ja terveydenhuollon
esimiehistä koostuvan kehittämisryhmän toimintana hyvän ikääntymisen edistä-
misen toimintamalli, joka tukee ikääntyneiden kotona selviytymistä. Teemahaas-
tattelujen avulla saatiin ikääntyneiden hyvinvointiin työntekijöiden näkökulma,
jota voidaan hyödyntää toimintamallin jatkokehittelyssä. Toimintakunnassa sosi-
aali- ja terveydenhuolto ovat hallinnollisesti eri organisaatioiden alaisia ja siksi
vuoropuhelun käynnistäminen ikääntyneiden palveluiden kehittämiseksi koettiin
tärkeäksi.

Tutkimuksen keskeisinä käsitteinä oli hyvinvointi laajana sekä elämänlaatu ja on-
nellisuus suppeampina hyvinvointia kuvaavina käsitteinä. Kyseessä oli tutkimuk-
sellinen kehittämishanke, jossa oli toimintatutkimuksellisia piirteitä. Tutkimusote
oli laadullinen. Pääaineiston muodostivat neljän (n=4) kotisairaanhoidon työnteki-
jän teemahaastattelut sekä kehittämisryhmän toiminta, kokousmuistiot sekä säh-
köpostiviestit. Kehittämisryhmä kokoontui kolme kertaa tämän opinnäytetyön
puiteissa.

Psyykkisellä toimintakyvyllä näytti teemahaastattelujen mukaan olevan ratkaiseva
merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnille ja kotona selviytymiselle. Psyykkisen toi-
mintakyvyn katsottiin tarkoittavan mielialaa, onnellisuutta, elämän kokemista
merkityksellisenä sekä elämään tyytyväisyyttä. Psyykkisen toimintakyvyn heik-
keneminen näytti johtavan sosiaalisten kontaktien vähenemiseen ja altistavan yk-
sinäisyydelle. Kehittämisryhmän toimintana laadittiin hyvinvointia edistävien ko-
tikäyntien toteuttamista varten lomakkeisto. Tavoitteena on jatkaa kehittämistä
hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalliksi, johon myös hyvinvointia edis-
tävät kotikäynnit yhtenä osana kuuluvat.

Avainsanat

hyvinvointi, ikääntyminen, tukeminen, kehittäminen

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
 Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Tarja Koukkunen
Title	Well-Being of Elderly people Living at Home and Supporting it
Year	2014
Language	Finnish
Pages	95 + 6 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

The aim of this thesis was to find out, by interviewing home nursing employees, which elements are included in the well-being of elderly people living at home. A further aim was to develop a model to support the managing at home of elderly people. The theme interviews gave the perspective of the employees to the well-being of the elderly people and this can be utilized when further developing the model. Social services and health care services are separate organizations and it is thus of great importance to start a dialogue between these two in order to develop the services for the elderly.

The key concepts of this study were well-being and the quality of life and happiness, which also describe well-being. The study was a development project with a research approach, with some characteristics of a practice-based study. The study was qualitative. The material consisted of theme interviews of four (n=4) home nursing employees and the material produced by the development group. The development group had three meetings during the thesis process.

According to the interviews, the mental ability to function seemed to have a significant role for the well-being and managing at home. Mental ability to function can be defined as the mood, happiness, the feeling of life having a meaning and being satisfied with one's life. Deteriorating mental ability leads to decrease in social contacts and exposes the elderly person to loneliness. A collection of forms was developed to be used during home visits and to promote the well-being of the elderly. The aim is to continue developing the model to promote the well-being of the elderly people living at home.

Keywords	Well-being, ageing, supporting, developing
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	9
2	NÄKEMYKSIÄ IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINTIIN	11
	2.1 Ikääntynyt ja vanhus	11
	2.2 Ikääntyminen ja siihen liittyviä fyysisiä muutoksia.....	12
	2.3 Hyvinvointi	16
	2.3.1 Elämänlaatu.....	18
	2.3.2 Onnellisuus.....	22
	2.4 Toimintakyky.....	23
3	IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINNIN TUKEMINEN	25
	3.1 Toiminnan ohjaus.....	25
	3.2 Kohdekunnasta kotiin tarjottavat terveydenhuollon palvelut	30
4	KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET	32
5	KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄLLISET VALINNAT	33
	5.1 Tutkimuksellinen kehittäminen	34
	5.2 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä.....	39
	5.3 Laadullinen lähestymistapa.....	42
	5.3.1 Havainnointi.....	43
	5.3.2 Teemahaastattelu.....	45
	5.4 Kehittämistyön eteneminen ajallisesti	49
6	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	56
	6.1 Hyvinvointia edistävä kotikäynti	56
	6.2 Teemahaastattelujen tulokset	59
	6.2.1 Kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointi.....	60
	6.2.2 Hyvän ikääntymisen edistäminen	67
	6.2.3 Esteitä kotiin tarjottavien palveluiden toteuttamiselle	69
	6.2.4 Yhteistyön edistämisen keinoja kotiin tarjottavissa palveluissa .	70
7	TULOSTEN TARKASTELUA	71
	7.1 Teemahaastattelujen tuloksista	71

7.1.1	Psyykkisen toimintakyvyn merkitys hyvinvoinnille.....	71
7.1.2	Kulttuuriharrastusten merkityksestä hyvinvoinnille	72
7.1.3	Yksinäisyyden vaikutukset hyvinvointiin	74
7.1.4	Ympäristön merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnille	76
7.1.5	Koherenssin tunne	78
7.2	Hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli	78
8	POHDINTA.....	80
8.1	Tutkimuksen eettisyys	83
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	86
	LÄHTEET.....	89
	LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Ihmisen fysiologisten vanhenemismuutosten yleispiirteitä	s. 14
Kuvio 2. Psykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudet	s. 17
Kuvio 3. Ikääntyvän elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä	s. 20
Kuvio 4. Onnellisuuden koostumus	s. 23
Kuvio 5. Tutkimus ja kehittäminen sisäkkäisinä tapahtumina	s. 34
Kuvio 6. Tutkimus ja kehittäminen osin päällekkäisinä tapahtumina	s. 35
Kuvio 7. Tutkimus ja kehittäminen peräkkäisinä sykleinä	s. 35
Kuvio 8. Tutkimuksellinen kehittäminen	s. 36
Kuvio 9. Tutkimuksellisen kehittämisen prosessi	s. 37
Kuvio 10. Toimintatutkimuksen vaiheet	s. 41
Kuvio 11. Toimintatutkimuksen spiraalimalli	s. 42
Kuvio 12. Havainnoinnin asteet	s. 43
Kuvio 13. Esimerkki aineistolähtöisestä sisällön analyysistä	s. 49
Kuvio 14. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien suunnitteluprosessi	s. 50
Kuvio 15. Hyvinvointia edistävä kotikäynti	s. 57
Kuvio 16. Hyvinvointi ja hyvä toimintakyky	s. 72
Kuvio 17. Myönteinen ja kielteinen yksinäisyys	s. 75
Kuvio 18. Ikääntyneiden yksinäisyyttä selittävät tekijät	s. 76

Taulukko 1. Käsitteitä elämänlaadun sisällöstä	s. 19
Taulukko 2. Vanhuspolitiikan linjauksia ja suosituksia 2000 luvulla.	s. 26
Taulukko 3. Eri kulttuuritilaisuuksissa käymisen vaikutus elinikään	s. 74

LIITELUETTELO

LIITE 1. Teemahaastattelun haastattelurunko

LIITE 2. Saatekirje

LIITE 3. Hyvinvointia edistävän kotikäynnin haastattelulomake

LIITE 4. Yhteenvetolomake hyvinvointia edistävästä kotikäynnistä

LIITE 5. Ohjeet toimintakykytestiä varten

LIITE 6. Hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamiseen ja ikääntyneiden palveluiden järjestämiseen kunnissa on runsaasti tarjolla valtion taholta suosituksia ja lainsäädäntöä. Uusimpana niin sanottu vanhuspalvelulaki (L28.12.2012/980), jonka tarkoituksena on pyrkiä turvaamaan laadukkaita palveluita iäkkäille koko maahan, ja ensisijaisia ovat kotiin annettavat palvelut. Tarjottavien palveluiden tulee olla laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluita, jotka ovat iäkkään tarpeisiin nähden oikea-aikaisia ja riittäviä.

Suosituksille ja ohjaukselle on tarvetta, koska suomalainen yhteiskunta ikääntyy ja ennusteiden mukaan iäkkäiden määrä erityisesti vanhemmissa ikäluokissa kasvaa voimakkaaimmin. Erityinen haaste liittyy myös asennemuutokseen, koska yhteiskunnassa on jatkossa tunnistettava ja huomioitava kaikessa toiminnassa se, että ikäihmiset eivät ole yhtenäinen joukko. Niin kuin ei mikään muukaan ikäryhmä. Ikäihmisten joukossa on hyvin eri-ikäisiä, juuri eläkkeelle siirtyneistä aina lähes 100 vuotiaisiin saakka, erilaisia miehiä ja naisia, joista suurin osa on varsin hyväkuntoisia ja terveitä. Iäkkäistä joka neljäs 75 vuotta täyttänyt käyttää säännöllisiä kotiin tarjottavia ja kotona asumisen mahdollistavia palveluita. Iäkkäillä ihmisillä tulee olla toimintakyvystä ja iästä riippumatta mahdollisuus elää omanlaistaan hyvää elämää omissa yhteisöissään. Kyse on hyvän elämän edistämisestä eli hyvän elämänlaadun ja toimivan arjen turvaamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013:11, 15.)

Suomessa vuonna 2013 ikääntynyttä väestöä oli reilu miljoona (yli 63-vuotiaita). Heistä suurin osa elää arkeaan itsenäisesti. Ikääntyneistä palveluja säännöllisesti käyttäviä oli noin 140 000 henkilöä. Lisäksi säännöllisten kotiin tarjottavien palveluiden piirissä oli noin 90 000 henkilöä. Ympäri vuorokautista hoivaa ja huolenpitoa muualla kuin omassa kodissaan sai reilut 50 000 henkilöä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013:11, 13.)

Tämä opinnäytetyö käsittelee ikääntyneiden hyvinvointia ja pyrkii selvittämään, mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Hyvä ikääntyminen ei ole merkityksellistä vain

yksilölle itselleen, vaan sillä on monitahoiset vaikutukset kaikkiin yhteiskunnan rakenteisiin ja varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön ja kustannuksiin.

Tämän opinnäytetyön kohdekuntana oli Laihia, joka on reilun 8000 asukkaan kasvava kunta Vaasan talousalueella. Vaasaan on matkaa 25 km ja siksi kuntaan muuttaa tasaiseen tahtiin lapsiperheitä. Uusia asuinalueita kaavoitetaan eri puolelle kuntaa. Myös ikäihmisten määrä kasvaa, koska ihmiset elävät pidempään ja ovat aikaisempia sukupolvia parempikuntoisia. Vuonna 2012 kunnassa 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli prosentteina 19,1. Edellisvuoteen verrattuna kasvua oli kertynyt 0,8 prosenttia. Naapurikunnassa Isossakyrössä, jossa asukasluku jää alle 5000 asukkaan, vastaavasti 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli 23 prosenttia. Laihian väestöstä 75–84-vuotiaiden osuus koko väestöstä oli vuoden 2012 lopulla 5,9 prosenttia. Naapurikunnassa Isossakyrössä vastaavana ajankohdana 75–84-vuotiaiden osuus koko kunnan väestöstä oli 7,9 prosenttia. (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2014.)

Toimintakunnassa oli vuoden 2013 lopulla lähes 1600 yli 65-vuotiasta asukasta ja 800 alle kouluikäisiä lasta. Kasvua parin vuoden takaiseen tilanteeseen eli vuoden 2011 lopulla oli yli 65-vuotiaiden osalta 120 henkilöä. Suurin ikääntyneiden ryhmä oli vuoden 2013 lopussa 65–69-vuotiaiden ryhmä, joka käsitti 543 henkilöä. Yli 75 vuotta täyttäneiden osuus prosentteina väestöstä oli vuoden 2013 lopussa Laihialla 8,9 %. (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2014.)

Tässä kehittämistyössä keskityttiin uuden toiminnan suunnitteluun. Uusi toimintamalli tarkoittaa tässä hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä, jotka kohdennetaan kunnassa 75 vuotta täyttävälle itsenäisesti kotona asuville ikääntyneille. Kyseessä oli tutkimuksellinen kehittämistyö, jossa sovellettiin toimintatutkimusta. Tässä kehittämistehtävässä laadittiin hyvinvointia edistävien kotikäyntien toteuttamista varten lomakkeisto. Lisäksi tavoitteena oli nivouttaa uusi toiminta osaksi kunnassa jo käytössä olevia ikääntyneiden kotiin tarjottavia palveluita. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli myös selvittää, kotisairaanhoidon työntekijöitä haastatteleamalla, mistä kotona itsenäisesti asuvien ikääntyneiden hyvinvointi koostuu.

2 NÄKEMYKSIÄ IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINTIIN

Tässä luvussa määritellään tämän kehittämistehtävän keskeiset käsitteet sekä niiden suhde toisiinsa. Hyvinvointi on laaja käsite, johon eri näkökulmista katsoen voidaan liittää useita muita käsitteitä. Hyvinvointi on tässä työssä laajana käsitteenä, joka pitää sisällään elämänlaadun ja onnellisuuden käsitteet.

2.1 Ikääntynyt ja vanhus

Ihminen on *iäkäs*, kun hänen fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakykynsä on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. Laissa tarkoitetaan ikääntyneellä väestöllä vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. (L28.12.2012/980.)

Englantilainen historioitsija Lasslett (1996) tarkoittaa kolmannella iällä työn jättämisen ja varsinaisen vanhuuden välistä aikaa. Tällöin ollaan vielä yleensä hyvässä fyysisessä kunnossa. Ajallisesti kyse on ikävuosista 60–79. Neljäs ikä, joka alkaa 80–85 vuotta täytettyä, on jo vanhuutta. Sitä leimaa Lasslettin mukaan riippuvuus muista. (Vaarama & Ollila 2008, 117.)

Vanhus tarkoittaa henkilöä, jolla on ainutlaatuinen elämäntarina ja kokemus elettyinä. Medikaalisessa lähestymistavassa vanhukset nähdään usein homogeenisena ryhmänä, jossa korostuvat sairaudet, raihnaisuus, haavoittuvuus ja menetykset. Vanhus tulisi nähdä oman tarinansa ja elämänsä asiantuntijana. Hänessä on sisällään lapsi, nuori ja aikuinen, ja hän on aina suhteessa omaan ympäristöönsä. Vanhuksen ikä ei ole keskeinen, koska vanhenemisprosessi ja aktiivisuus vaihtelevat henkilöiden välillä perimästä, sairauksista, elämäntavoista sekä tottumuksista johtuen. Moni vanhus voi olla henkisesti hyvinkin vireä ja fyysisesti aktiivinen vielä myöhäisessä elämänvaiheessa toisten taas tarvitessa apua jo varhain. (Näslindh-Ylispangar 2012, 5–7.)

Vanhuuden tutkimuksissa on pyritty määrittelemään käsitteitä *iäkäs*, *vanha* ja *vanhus* väestön toimintakykyisyyden perusteella. Puhutaan *toiminnallisesta iästä*,

jota pitkäaikaiset sairaudet heikentävät merkittävästi. Kivelä jaottelee (2005, 14–15) ikäihmiset siten, että 65 vuotta täyttäneet ovat eläkeläisiä, 65–75 vuoden ikäiset ikääntyviä. 75 vuoden ikää hän pitää rajana käsitteelle iäkäs, ja 75–85-vuotiaat ovat iäkkäitä. Vanhoiksi hän kutsuu vasta 85 vuotta täyttäneitä, ja 90–95 vuotta täyttäneitä hän pitää vanhuksina. Tämän määrittelyn käytölle hän löytää perusteet fyysisen ja toiminnallisen vanhenemisen tutkimuksen tuloksista.

Tässä työssä käytetään termiä *ikääntynyt*, kun tarkoitetaan yli 75 vuotta täyttänyttä henkilöä.

2.2 Ikääntyminen ja siihen liittyviä fyysisiä muutoksia

Rintala (2003, 27) on kuvannut vanhustenhuoltoa ja sen muuttunutta vanhuskuvaa viimeisten 150 vuoden ajalta. 1850-luvulla iäkkäät olivat ensin eriytymätön vaivaisten joukko, joka muuttui yhdeksi vaivaisryhmäksi. Seuraavaksi vaivaisryhmä muuttui vanhusväestöksi, vanhusväestöstä sisäisesti heterogeeniseksi ikäryhmäksi ja lopuksi tällaiseen ikäryhmään kuuluviksi yksilöiksi. Toisen maailmansodan jälkeiset ensimmäiset vuosikymmenet hän katsoo köyhäinhoidon aikakauteen kuuluviksi. Vuodet 1957–72 kuuluivat yhteiskunnallisen huollon aikakauteen. Seuraavat vuodet 1972–84 ovat lääketieteen laajenemisen aikakautta ja viimeisiä tarkastelemiaan vuosia 1990-luvulle saakka Rintala kuvaa *palveluiden aikakaudeksi*.

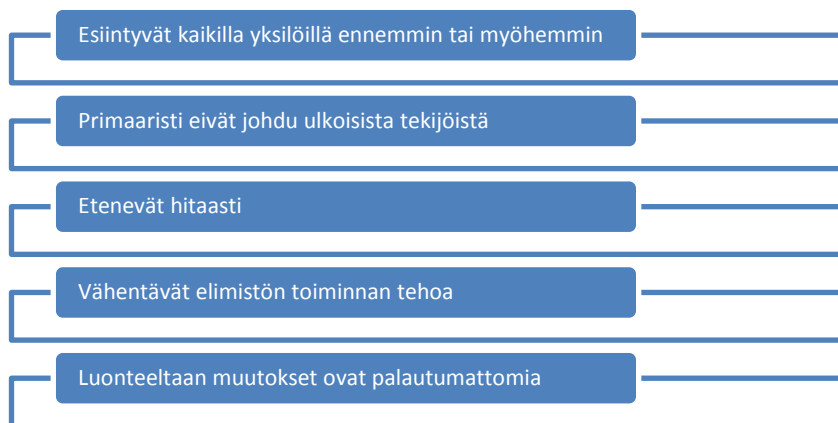
Räisänen-Toumin (1991) mukaan ikääntymisellä ei ollut suomalaisessa talonpoikaiskulttuurissa suurtakaan merkitystä. Elämäkaari jakautui silloin vain kahtia: lapsuuteen ja aikuisuuteen. Rajapyykkinä näiden välillä oli rippikoulu. Rippikoulun käytyään lapsi astui aikuisten maailmaan. Selvää siirtymää tai siirtymäriittiä vanhuuteen ei silloin tunnettu. (Rahkonen 2000, 167.)

Ikääntyminen voidaan Kivelän (2012, 9–11) mukaan nähdä kasvamisena ja kehittymisenä ja siihen kuuluu ilo ja huumori. Usein vanheneminen nähdään turhan kielteisenä asiana. Iäkkäät ovat yksilöitä omine tapoineen, kokemuksineen ja toiveineen. Kivelä vertaa elämää muotoonsa puhjenneeseen kantarelliin. Kasvun ja kehittymisen näkökulmasta ihminen aloittaa elämänsä kantarellin kapeasta alaosasta, jolloin tietoja ja taitoja on vain vähän. Kasvun ja kehittymisen myötä siir-

rytään yhä laajempiin alueisiin. joissa luovuus ja näköala laajenevat vuosien saatossa. Kantarellin laaja yläosa kuvastaa vanhan ihmisen avaraa näköalaa, jossa on mennyt elämä siihen kuuluvine tapahtumineen, saavutuksineen ja suruineen vuosikymmenien ajalta. Reunan ulokkeet kuvastavat vanhan ihmisen haurautta ja hänen hetkellisiä, luonnollisia siirtymiään elämän ja kuoleman rajapinnassa.

Aktiivinen ikääntyminen käsitteenä ja teoriana on tunnettu amerikkalaisessa gerontologiassa jo 40–50 vuotta, mutta eurooppalaiseen politiikkaan käsite on rantautunut vasta 1990-luvun lopulla. Aktiivisen ikääntymisen jälkeen nousi pintaan *positiivisen ikääntymisen idea*. Siinä aktiivisuuden rinnalle nostetaan toimintakyky, vireys ja elämässä kiinnipitämisen tunne sekä henkinen kehittyminen mahdollisimman pitkään. Tavoitteena on siirtää mahdollista toisista riippuvuutta sekä myöhentää hoidon tarvetta tuottavuuden ja taloudellisuuden nimissä. Ikääntymisen kuva on nykyisin aikaisempaa selvästi nuorekkaampi, ja vanhuutta lykätään yhä kauemmaksi elämänkulussa. Myös ihmisen ikä määrää aikaisempaa vähemmän hänen elämäntyylään. Suhde omaan ikään on yksilöitynyt ja ihmiset aktiivisesti työstävät omaa ikäidentiteettiään. Yleisen näkemyksen mukaan: ikä on itsestä kiinni. Täten jokainen voi tehdä nykyään itsestään sen ikäisen kuin haluaa. Kronologisen iän sijaan oma tyyli, aktiivisuus, joustavuus ja vireys määrittävät ikäämme. (Julkunen 2008, 15–32.)

Kuviossa 1 kuvataan *vanhenemiseen liittyviä fysiologisia muutoksia*. Niillä on tiettyjä yleispiirteitä, joita voidaan kuvata sellaisilla termeillä kuten universaalisuus, sisäsyntyisyys, kroonisuus ja palautumattomuus, maksimaalisen toimintakyvyn heikkeneminen sekä haavoittuvuuden lisääntyminen. Mikäli vanhenemismuutokset ilmenevät kovin äkisti, ne liittyvät silloin usein johonkin sairauteen. Yksilölliset erot fyysisessä vanhenemisessä ovat ihmisten välillä suuria. (Tilvis 2010, 20–21.)



Kuvio 1. Ihmisen fysiologisten vanhenemismuutosten yleispiirteitä (mukaellen Tilvis 2010, 20.)

Ihmisen elimistössä tapahtuu vanhenemisen myötä muutoksia kaikissa elimissä ja toiminnoissa. *Solu- ja kudostasolla* ikääntyminen tarkoittaa kuivumista, rasvoittumista, hyytymistä ja jäykistymistä. Kyseessä on niin sanottu apoptooppinen solukato, jolloin solut kuolevat ohjelmoidusti ilman tulehdusreaktiota. Solukato kohdentuu kaikkiin elimiin, kuten sydämeen, aivoihin, keuhkoihin ja lihaksistoon. Niiden soluista on kadonnut 20–40 prosenttia ihmisen päästyä 75–80 vuoden ikään. Samassakaan yksilössä ei solukato yleensä tapahdu samassa suhteessa kaikissa elimissä. Toisilla esimerkiksi keskushermoston solukato voi olla voimakasta, toisilla taas lihaksiston surkastuminen etenee nopeammin. Jäljelle jäävät solut suurenevat ja surkastuneiden solujen tilalle tulee rasvasoluja. Tätä kutsutaan seniiliksi rasvoittumiseksi. (Tilvis 2010, 21.)

Seniili rasvoittuminen liittyy sidekudoksen vanhenemisen ilmenemismuotoihin. Muita sidekudoksen vanhenemiseen liittyviä muutoksia ovat muun muassa:

- kimmoisuuden väheneminen esimerkiksi rintakehältä
- nivelten jäykistyminen
- nivelrikkojen yleistyminen
- haavan paranemisen hidastuminen
- jänteiden vetolujuuden hidastuminen
- luukadon paheneminen

Lihasten vanhenemismuutosten seurauksena muun muassa lihasten massa pienenee ja lihasten voima, nopeus ja kestävyys myös heikentyvät. Lihasten vanhenemismuutoksia edesauttavat esimerkiksi fyysisen aktiivisuuden väheneminen, hormonaaliset muutokset, aliravitsemus ja sairaudet. (Tilvis 2010, 23–26.)

Aivojen ikääntyminen on monimuotoinen tapahtuma. Ikääntyessä aivojen paino muun muassa laskee noin 10 %, kammiot laajenevat ja aivojen volyymi pienenee. Siinä missä nuorempi henkilö ratkoo tehtävää ainoastaan toista aivopuoliskoa käyttäen, tarvitsee iäkkäämpi henkilö saman tehtävän ratkomiseen molempia aivopuoliskoja, ja lisäksi joitakin aivojen takaosien keskuksia. Nuorilla ei vastaavaa aktivoitumista ole tutkimuksin havaittu. Sitä ei tiedetä, onko kyseessä kompensatio vai kypsyminen, jossa saman ongelman ratkomisessa hyödynnetään muita aivoalueita. (Tilvis 2010, 29.)

Ikäkuulolla tarkoitetaan niitä kuuloaistin muutoksia, jotka syntyvät iän myötä ilman minkään erityisen sairauden vaikutusta. Ikääntyneen kuuloa heikentävät muun muassa elämän aikana syntyneet muusta syystä syntyneet kuulonalenemat, erilaiset sairaudet ja ympäristötekijät. Yksi ikäkuulon taustatekijöistä on perinnöllinen alttius. Ikäkuulolle on tyypillistä suuriin taajuuksiin liittyvä laskeva kuulonalenema. Tämän seurauksen korkeat äänet eivät erotu, kuten heinäsiirakan ääni ei enää kuulu. Ikäkuulon sisäkorvamuutoksiin liittyy niin sanottu kuuluvuuden tasoittumisilmiö, jolloin voimakkaat äänet koetaan yhtä kovina kuin aikaisemminkin tai jopa kipuna, mutta hiljaiset äänet kuullaan huonosti. Nämä huonontavat puheentunnistuskkyä, kuten myös se, että äänten taajuuden erottelukky voi olla huonontunut. (Sorri & Huttunen 2013, 186–189.)

Näköjärjestelmän vanheneminen voi olla huomaamaton muutos, joka ei mitenkään vaikuta henkilön toimintoihin mutta, joka pahimmillaan hankaloittaa itsestä selviytymistä. Lukuisat sairaudet voivat muuttaa näön laatua hitaasti tai dramaattisesti. Tavallisimpia näköön vaikuttavia sairauksia ovat diabetes, perinnölliset verkkokalvosairaudet ja silmänpainetauti yleisyysjärjestyksessä. Tavallisin ikään liittyvä näkötoimintojen muutos liittyy ikänäköön, jossa lähelle tarken-

taminen vaikeutuu. Tämä kompensoidaan niin sanotuilla lukulaseilla, yleensä jo 45 ikävuoden seuduilla. (Hyvärinen 2013, 198–200.)

2.3 Hyvinvointi

Hyvinvointi on keskeinen arvo yhteiskunnassamme. Se ei sinällään ole vain arvokasta vaan se, myös useimpien moraalikäsitteiden mukaan, sisältää vahvasti toimintaa ohjaavaa elementtiä. Hyvinvointi ei itsellään ole moraalinen arvo vaan *prudentialinen* arvo eli järkeisarvo. Jos jonkun teon katsotaan edistävän hyvinvointia, sen tekeminen on silloin suotavaa ja perusteltua. Tämä ajatus sisältyy useimpiin moraalisiin näkemyksiin. (Lagerspetz 2011, 79–80.)

Allardt (1976, 9–38) kytkee hyvinvointikäsitteen kolmeen eri ulottuvuuteen: elintaso (Having), yhteisyyssuhteet (Loving) ja itsensä toteuttamisen muodot (Being). Tässä hänellä on yksilökeskeinen näkökulma ja lähtökohtana on yksilöiden tarpeentyydytys. Näihin kolmeen luokkaan liittyy useita osatekijöitä.

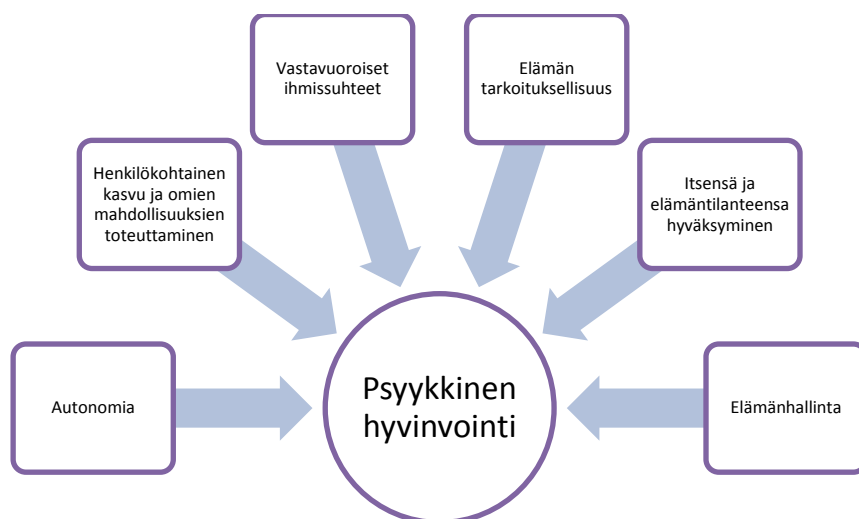
Rättö (2009, 9) määrittelee ihmisten kokeman hyvinvoinnin koostuvan taloudellisten olosuhteiden lisäksi myös esimerkiksi elämänlaatuun, ihmissuhteisiin, ympäristön laatuun tai henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyvistä tekijöistä. Hyvinvointikäsitteen kautta voidaan hänen mukaansa määritellä, mitä ihminen keskimäärin tarvitsee tyytyväisyytensä lisäämiseen.

Hyvinvoinnin kanssa rinnakkaisia ja osin päällekkäisiä käsitteitä ovat Rätön (2009, 17) mukaan onnellisuus, subjektiivinen hyvinvointi ja taloudellinen hyvinvointi. Näistä onnellisuutta ja subjektiivista hyvinvointia pidetään toisinaan subjektiivisemmin koettuina ilmiöinä, kun taas hyvinvointi ja varsinkin taloudellinen hyvinvointi katsotaan sisältävän myös objektiivisesti mitattavia tekijöitä.

Vaaraman, Moisio ja Karvosen (2010, 12–13) mukaan ihmisten hyvinvointi voidaan katsoa koostuvaksi kolmesta osa-alueesta. Nämä ovat *terveys*, *materiaalinen hyvinvointi* ja *koettu hyvinvointi*. Materiaalisella hyvinvoinnilla tarkoitetaan elinoloja ja toimeentuloa. Koettua hyvinvointia määrittävät usein ulkoiset tekijät. Esimerkiksi ikäänsä nähden hyväkuntoinen ihminen kokee yleensä terveytensä hyväksi, vaikka iän mukanaan tuomia vaivoja on. Vastaavasti niukatkin elinolot

voidaan kokea tyydyttäväksi, mikäli ne vastaavat ympäröivän yhteisön elintasoja, eikä henkilö tiedä tai odota parempaa. Tätä ilmiötä selitetään sillä, että ihminen vertaa asemaansa siihen yhteisöön ja odotuksiin, jossa hän elää. Terveys, materiaaalinen elintaso sekä ihmisen oletus siitä, millainen hänen terveytensä ja materiaaalisen elintasonsa tulisi olla, vaikuttavat ihmisen tyytyväisyyteen elämäänsä kohtaan. Kokemukseen omasta hyvinvoinnista vaikuttavat kokonaisvaltainen käsitys omasta elämästä sekä sosiaalisesta tilanteesta, joihin terveys ja toimeentulo kiinteästi liittyvät.

Psyykinen hyvinvointi on laaja käsite, joka ei tarkoita pelkästään mielenterveysongelmien puuttumista. Sitä voidaan pitää prosessina, jossa ihminen pyrkii pitämään yllä psyykkistä tasapainoa vaihtuvissa elämäntilanteissa. Tärkeimpinä psyykkisen hyvinvoinnin riskitekijöinä ikääntyneillä voidaan pitää ruumiillisia ja kognitiivisia ikääntymismuutoksia, läheisen ihmisen menetyksiä, omia sairastumisia sekä ihmissuhteisiin ja vuorovaikutukseen liittyviä muutoksia. Vaikutusta on myös yhteiskunnan kielteisillä asenteilla ikääntyneitä kohtaan, ikääntyneen autonomian menetyksellä sekä eräillä erityistilanteilla kuten omaishoidolla. Ryff (1989) puhuu (ks Kuvio 2) psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuuksista, joihin kuuluu kuusi osatekijää. (Saarenheimo 2012, 42–43.)



Kuvio 2. Psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudet (mukaellen Ryff 1989) (Saarenheimo 2012, 42.)

2.3.1 Elämänlaatu

WHO:n määritelmän mukaan elämänlaadussa on kyse yksilön arviosta elämästään siinä kulttuuri- ja arvokontekstissa, missä hän elää, sekä suhteessa hänen omiin odotuksiinsa ja päämääriinsä, arvoihinsa ja lisäksi muihin hänelle merkityksellisiin asioihin. Kyseessä on laaja käsite, johon vaikuttavat monimutkaisella tavalla ihmisen fyysinen ja psyykinen tila, autonomian aste, hänen sosiaaliset suhteensa sekä yksilön ja hänen elinympäristönsä välinen suhde. Elämänlaadun määritelmäänsä WHO on kehittänyt kaksi mittaria: laajan WHOQOL-100 -mittarin ja suppeamman WHOQOL-Bref. Tässä suppeammassa mittarissa elämänlaatu jaetaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöolottuvuuteen. Viimeksi mainittuun sisältyvät elinolot, ympäristön ihmiselle antama tuki (palvelut, turvallisuus, esteettömyys) sekä psykososiaalinen tuki. (Vaarama, Siljander ym. 2010, 128–129.)

Allardt (1976, 32) määrittelee elintason aineellisista ja persoonattomista resursseista koostuvaksi. Näiden avulla yksilö kykenee ohjailemaan elinehtojaan. Elintason hän katsoo liittyvän tarpeisiin, kuten tuloihin, asuntoon ja työllisyyteen. Itsensä toteuttamisen ja sosiaalisten tarpeiden tyydytystä ei voida määritellä aineellisten resurssien avulla, vaan inhimillisten suhteiden laadun perusteella. Kyse on silloin elämänlaadusta. Elämänlaatua voidaan hänen mukaansa tutkia sekä subjektiivisesti että objektiivisesti. Subjektiiviseen tarkasteluun liittyvät tunteet ja kokemukset suhteesta ihmisiin, luontoon ja yhteiskuntaan. Objektiivinen tarkastelu painottuu ihmisten välisiin, ihmisen ja yhteiskunnan sekä ihmisen ja luonnon suhteisiin perustuvaan tarpeentyydytykseen.

Elämänlaatu on subjektiivinen käsite, jonka merkitys yksilölle voi myös vaihdella elämänsä aikana. Elämänlaatututkimus on usein terveys- tai sairauskeskeistä tai se pohjautuu taloudellisiin näkemyksiin. Taulukossa 1 on kootusti eri tutkijoiden näkemyksiä niistä tekijöistä, joiden avulla he määrittävät elämänlaatua. Muun muassa Bowling (2005, 7–9), Johanson (2002), Bond (2004), WHO (2004) ja Siltaniemi (2007) sisällyttävät omiin elämänlaatumääritelmiinsä muun muassa seu-

raavia taulukossa mainittuja tekijöitä. (Wentjärvi, Pellfolk, Säätelä, Jungerstam 2011, 128.)

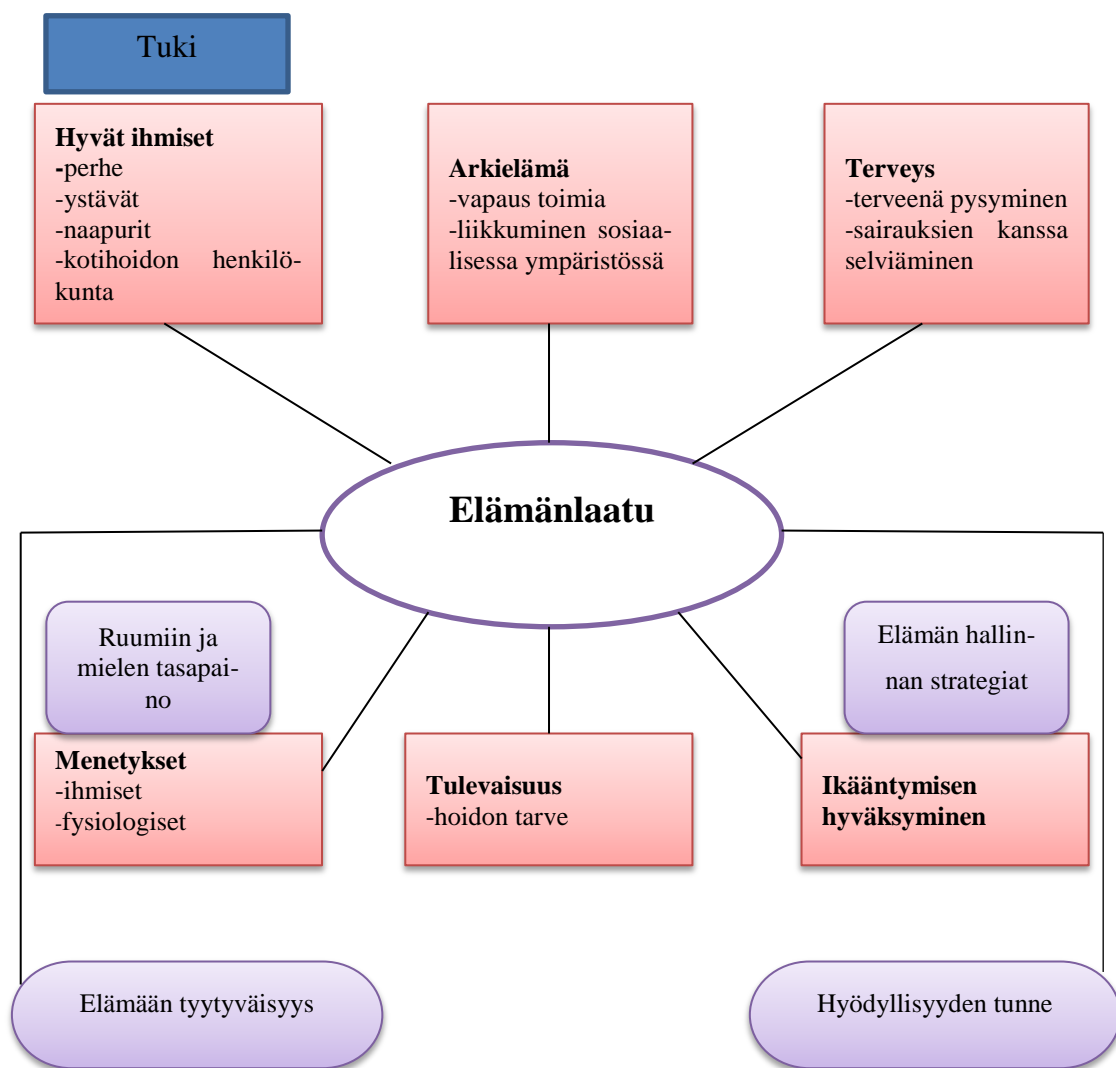
Taulukko 1. Käsitteitä elämänlaadun sisällöstä. (Wentjärvi ym. 2011, 128; Bowling 2005, 9.)

	WHO	Johan- son	Bond	Bow- ling	Silta- niemi
Terveys	X	X	X	X	X
Psyykkinen hyvinvointi	X		X	X	X
Itsenäisyys, itsemäärääminen	X	X	X	X	X
Perhe/sosiaaliset suhteet	X	X	X	X	X
Aktiviteetit, luovuus, kulttuuri	X	X	X	X	X
Turvallisuus	X	X			X
Talous	X	X	X	X	X
Hengellisyys	X				
Asuminen	X	X	X	X	X
Työ-/koulutusmahdollisuudet	X	X			X
Elintavat		X	X		

Taulukosta on havaittavissa, että WHO:n, Johansonin ja Siltaniemen määritelmät sisältävät eniten osa-alueita. Hengellisyys elämänlaatuun kuuluvana tekijänä on tuotu esille vain WHO:n määritelmässä.

Elämänlaatu ja hyvinvointi ovat Kattaisen (2010, 191) mukaan läheisiä käsitteitä. Lähtökohtana on hyvinvointi laajana käsitteenä, joka sisältää yhtenä osana ihmisen kokemuksen omasta elämänlaadustaan. Onnellisuutta ja elämään tyytyväisyyttä on pidetty elämänlaatua määrittävinä tekijöinä.

Kuvioon 3 on koottu elämänlaatuun vaikuttavia ja siihen läheisesti yhteydessä olevia tekijöitä.



Kuvio 3. Ikääntyvän elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. (mukaellen Bowling ym. 2003, Fonseca ym. 2008, Hamleton ym. 2008, Henwood & Bartlett 2008.) Kattainen 2010, 193

Tärkeän tuen ikääntyvän elämänlaatuun tuo hyvät ihmiset eli perheenjäsenet, ystävät, naapurit ja kotihoiton henkilökunta. Toinen tärkeä tekijä on se, että ikääntynyt voi elää omassa kodissaan niin kuin haluaa eli omia askareitaan tehden ja kotiaan hoitaen sekä pitäen yllä kodin ulkopuolisia sosiaalisia suhteita. Nämä teki-

jät lisäävät oman elämän hallinnan tunnetta Bowlingin ym. mukaan. Tärkeää on pitää toimintakykyä yllä, jotta arjen askareet sujuvat. Tähän vaikuttaa olennaisesti ikääntyneiden liikuntakyky (Hammar 2008). Ikääntymisen hyväksyminen on Bowling ym. (2008) mukaan sitä, että sopeutuu ikääntymisen mukanaan tuomiin toimintakyvyn heikkenemisiin ja erilaisiin menetyksiin. (Kattainen 2010, 193).

Ikääntymisen elämänlaatua määrittäviin tekijöihin ovat Bowling ym. (2008) liittäneet *hyödyllisyyden tunteen*, joka lisää ikääntymiseen ja iän tuomiin muutoksiin sopeutumista. Sosiaaliset verkostot eivät niinkään liity elämän tyytyväisyyden kokemuksiin, vaan niillä on merkitystä yleisen elämälaadun määrittäjinä (Fonseca ym. 2008.) (Kattainen 2010, 193).

Tutkijat ovat liittäneet elämänlaatua koskeviin määritelmiinsä melko samantyyppisiä tekijöitä: aineellinen hyvinvointi, läheissuhteet, terveys ja toimintakyky, emotionaalinen, psyykinen ja kognitiivinen hyvinvointi sekä käsitys itsestä. Veenhoven (2000) puhuu *elämän neljästä laadusta*. Näillä hän tarkoittaa elinoloja, sisäisiä voimavaroja, elämän merkityksellisyyttä ja hyödyksi tulemisen tunnetta. (Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010, 126–130.)

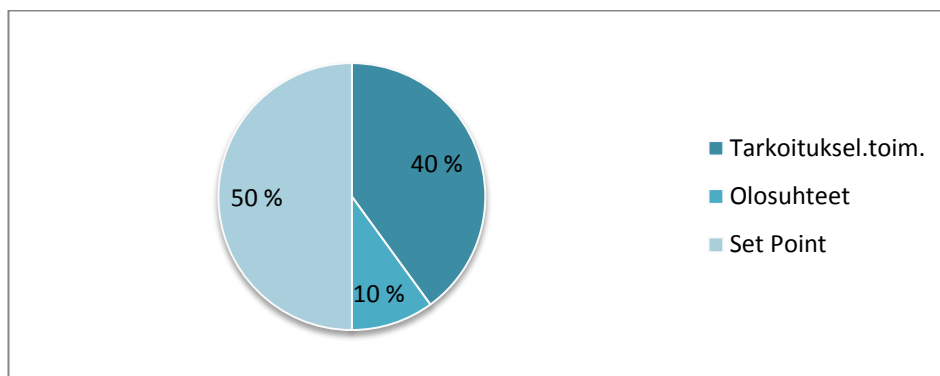
Gerontologisessa elämänlaadun tutkimuksessa viitataan usein Powell M. Lawtonin *hyvän elämän malliin* (1991). Lawtonin mukaan iäkkäiden elämänlaatu koostuu neljästä toisiaan leikkaavasta ulottuvuudesta. Nämä ulottuvuudet ovat: fyysinen terveys ja käyttäytymisen kompetenssi, psyykinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen identiteetti sekä neljäntenä yksilön kykyjen ja ympäristön vaatimusten välinen yhteensopivuus (*person-environment-fit*). Lawton sisällyttää ympäristöön fyysisen ja emotionaalisen asuin- ja elinympäristön, mutta näiden lisäksi myös yhteiskunnan järjestämien palveluiden antaman tuen. Esimerkkinä voidaan mainita liikenneyhteydet, vapaa-ajantoiminnot sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja niiden kyky kompensoida toimintakyvyn puutteita. Edellä mainittujen lisäksi Lawton sisällyttää ympäristöön aineelliset elinolot, kuten käytävissä olevien varojen riittävyys suhteessa tarpeisiin. Ajatuksena on, että mitä enemmän toimintakyvyssä on puutteita, sitä enemmän ikääntynyt tarvitsee ympä-

ristön tukea selviytyäkseen elämässään. (Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen 2010, 150–151.)

Vaapio (2009, 15) jaottelee elämänlaadun fyysiseen, psykologiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen. Näiden ulottuvuuksien lisäksi usein otetaan huomioon myös henkiset, hengelliset, taloudelliset, ympäristölliset ja kulttuuriset tekijät.

2.3.2 Onnellisuus

Taloudellisilla olosuhteilla ajatellaan usein olevan vain rajallinen vaikutus ihmisten onnellisuuteen. Monet tutkijat Lyumbomirskyn (2005) ohella, kuten Nars (2006) ja Layard (2005), pitävät ihmisen kulutuksesta saamaa hyötyä vain yhtenä osana heidän kokonaishyvinnastaan. Ihmisten onnellisuutta psykologian alueella tutkineet Lyumbomirsky, Sheldon ja Shackade ovat monien onnellisuutta käsitelleiden tutkimustensa perusteella määritelleet onnellisuuden koostumuksen. Onnellisuuden koostumusta on kuvattu kuviossa 4. Heidän mukaansa se koostuu kolmesta eri tekijästä: olosuhteista, tarkoituksellisesta toiminnasta ja niin kutsutusta set pointista. Heidän mukaansa *set point* tarkoittaa ihmisen biologista, perintötekijöiden pohjalta määräytyvää onnellisuuden perustaso, jolle ihmisen onnellisuus pyrkii aina palaamaan. Tämän ajatuksen mukaan meillä jokaisella on siis meidän oma geneettisesti määräytynyt onnellisuuden perustaso. Tämän ympärillä ihmisen onnellisuus voi hetkellisesti vaihdella olosuhteiden mukaan, mutta tälle omalle tasolle onnellisuus pyrkii aina palaamaan. Lyumbomirskyn ym. (2005) mukaan tämä onnellisuuden set point -taso määrittää noin puolet ihmisen onnellisuudesta. Toinen puoli koostuu tarkoituksellisesta toiminnasta (40 prosenttia) ja olosuhteista (10 prosenttia), kuten varakkuudesta. Tarkoituksellinen toiminta tarkoittaa tässä ihmisen omaa toimintaa, jolla hän itse pyrkii kohti suurempaa onnellisuutta. (Rättö 2009, 17.)



Kuvio 4. Onnellisuuden koostumus. (Lyumbomirskyn ym. 2005 mukaan).

Taloudellisen vaurauden lisääntyessä ihmisten elämä ei ole enää pelkästään selviytymistä, ruuan ja asunnon kaltaisten perustarpeiden välitöntä tyydyttämistä. Tärkeämmäksi tulevat yksilön omat valinnat, yksilön koettu eli *subjektiivinen onnellisuus* ja tyytyväisyys elämän eri osa-alueisiin. Onnellisuus on pitkäkestoinen koettu ja tavoiteltu olotila, jota ihminen pitää oman elämänsä kannalta tärkeänä. (Ervasti & Saari 2011, 191–193.)

2.4 Toimintakyky

Toimintakyky käsitteenä voidaan määritellä kuten Verbrugge ja Jette (1994) joko todettuina toiminnan vajeina tai voimavaralähtöisesti jäljellä olevan toimintakyvyn tasona. Yleisimmin iäkkäiden toimintakykyä on arvioitu fyysistä toimintakykyä selvittämällä. Tähän tarkoitukseen on luotu useita mittareita. (Hammar 2008, 30.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyky on riippuvaista paitsi ihmisen omista kyvyistä, myös ympäristön mahdollisuuksista ja sosiaalisesta tuesta. *Psyykkiseen toimintakykyyn* luetaan mieliala, elämänhallinta ja psyykkinen hyvinvointi. *Sosiaaliseen hyvinvointiin* liittyvät sisäinen kokemus yksinäisyydestä, sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen aktiivisuus. (Pitkälä 2013.)

Elorannan ja Punkasen (2008, 9) mukaan toimintakyvyn ja terveyden käsitteet liittyvät kiinteästi yhteen. Terveyttä voidaan pitää, näkökulmasta riippuen, ihmisen

ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona tai kykynä selviytyä. Toimintakyky voi, näkökulmasta riippuen, tarkoittaa joko sairauden tai vamman aiheuttaman toimintavajauksen puuttumista tai selviytymistä päivittäisistä toimita. Siten toimintakyky suppeimmillaan tarkoittaa yksittäisistä tehtävistä suoriutumista ja laajimmillaan ihmisen selviytymistä jokapäiväisistä toimitaan. *Laajasti määritellen toimintakyky* tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää. Tätä laajaa määritelmää käytetään tässä työssä puhuttaessa toimintakyvystä.

lökkään ihmisen toimintakyvyn säilyttäminen on geriatrisen ennaltaehkäisyn keskeisiä tavoitteita. Toimintakykyä voidaan määritellä fyysisenä toimintakykynä (selviytyminen kotiaskareista, kävely ja ulkona liikkuminen esimerkiksi), psyykkisenä toimintakykynä (masennus, ahdistuneisuus muun muassa) ja sosiaalisena toimintakykynä, joka tarkoittaa esimerkiksi sosiaalista eristyneisyyttä ja yksinäisyyttä. (Strandberg & Tilvis 2010, 434.)

Toimintakyvyn asteittaista rappeutumista voi liittyä vanhenemiseen ja rappeuttaviin pitkäaikaissairauksiin. Tämä ilmenee ensin vaativampien päivittäisten toimintojen, kuten kutsujen järjestämisen, yhteiskunnallisen osallistumisen ja aktiivisen liikunnan karsiutumisena. Seuraavaksi tulee ongelmia asioiden hoitamisessa ja välinetoiminnoissa, kuten taloustöissä, kaupassa käynnissä, autolla ajossa sekä lääkkeiden ja puhelimen käytössä. Lopulta raihnaantuminen haittaa päivittäistä perustoimintaa, kuten pukeutumista, sängystä ja tuolilta siirtymistä, kävelyä, kylpemistä ja syömistä. (Pitkälä, Valvanne, Huusko 2010, 438–439.)

3 IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINNIN TUKEMINEN

Vanhuspalvelulain (L28.12.2012/980) mukaan kunnan tulee tarjota hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä varsinkin niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan joko tutkimustiedon taikka yleisen elämän kokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä. Näihin palveluihin tulee lain hengen mukaisesti sisältyä hyvinvoinnin, terveellisten elintapojen sekä toimintakyvyn edistämiseen, kuin myös sairauksien, tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäisyyn tähtäävää ohjausta. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvien sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien tunnistaminen ja myös niihin liittyvä varhainen tukeminen on olennaista. Lain 11 § mukaan kunnat ovat velvollisia lisäämään iäkkäiden vaikutusmahdollisuuksia itseään koskevissa asioissa. Tämä tapahtuu muun muassa siten, että kunnat velvoitetaan asettamaan ikäihmisten neuvostoja ja huolehtimaan niiden toimintaedellytyksistä.

Tässä kohteena olevassa toimintakunnassa on hyväksytty ikäihmisten hyvinvointistrategia, jonka tavoitteissa painottuvat mahdollisimman monen ikäihmisen kotonan asumisen mahdollistaminen kiinnittämällä huomiota ikäihmisen toimintakykyyn. Ikääntyneiden hyvinvointistrategia on keväällä 2014 päivitettävänä.

3.1 Toiminnan ohjaus

Tässä luodaan katsaus yleisimpiin sosiaali- ja terveystalouden ohjelmissa esiintyviin ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia tukevien toimenpiteiden linjauksiin 2000 -luvulla. Taulukossa 2 on kootusti muutamia poimintoja asetetuista tavoitteista ja keinoista, joita valtakunnallisissa suosituksissa, ohjeistuksissa ja laeissa mainitaan ikääntyneiden hyvinvoinnin lisäämiseksi ja heidän vaikutusmahdollisuuksiensa ja osallisuutensa turvaamiseksi. Taulukon pohjana on käytetty Mäkelän (2011, 24) mallia.

Taulukko 2. Vanhuspolitiikan linjauksia ja suosituksia 2000 luvulla. (mukaellen Mäkelä 2011, 24)

Vanhuspoliittinen linjaus, ilmestymisvuosi ja julkaisija	Keskeisimmät vanhuspoliittiset tavoitteet	Keinot
Terveyttä kaikille 2015 kansanterveysohjelma 2001:4 STM	itsenäisen elämän edellytysten turvaaminen ja sitä tukeva ympäristö palvelukehitys	vanhuspoliittinen strategia, ikääntyneiden omatoimisuuden tukeminen, uusi teknologia
Terveiden edistämisen politiikkaohjelma 2007 VN	toimintakyky ja terveys, sosiaalinen turvallisuus, itsenäisyys	koko maan kattava neuvontakeskusverkosto, ehkäisevät kotikäynnit osaksi palveluvalikoimaa
Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteista 2007:3 STM	terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, aktiivinen ikääntyminen ennakoiva kotihoito	asiakkaiden omien voimavarojen hyödyntäminen ja informaation tuen turvaaminen, avuntarpeen asteiden tunnistaminen
Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma KASTE 2008–2011 2008:6 STM	osallisuuden lisääminen, syrjäytymisen väheneminen, palveluiden laatu ja vaikuttavuus sekä saatavuus paranevat	kotihoito 14 % yli 75-vuotiaista, laitoksissa yli 75-v. enintään 3% palvelusetelin käytön lisääminen
Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008:3 STM	onnistuneen ikääntymisen turvaaminen, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen	ikääntyneille matalan kynnyksen neuvonta ja ohjauspisteitä
Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 2008:16, Liite 9 STM	syrjäytymisen ehkäisy, riskitekiöiden kartoitus, varhainen puuttuminen, palveluiden saannin takaaminen yhden luukun periaatteella	tiedotuksen ja neuvonnan tehostaminen, etsivän työn lisääminen, varhaisen puuttumisen välineistön kehittäminen ja käyttö
Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukeminen sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (ns. vanhuspalvelulaki) 980/2012 VN	tukea ikääntyneiden hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä osallisuuden turvaaminen	hyvinvointia edistävät palvelut, erityisesti kuntoutumista edistävät ja kotiin annettavat palvelusuunnitelma vastuutyöntekijä vanhusneuvosto
Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015 2012:1 STM	palveluiden rakennemuutos, kehitetään palveluiden sisältöä ja lisätään vanhenemiseen liittyvää osaamista	muistiohjelma ravitsemus- ja liikuntasuositus Mieli-ohjelma
Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013:11 STM	tukea ikääntyneen väestön toimintakykyä sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun ns. vanhuspalvelulain toimeenpanoa ikäystävällinen Suomi	oikea palvelu oikeaan aikaan, osallisuus ja toimijuus, asuminen ja elinympäristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen

Terveyttä kaikille 2015 -kansanterveysohjelman ikäryhmittäisiä keskeisiä tavoitteita ovat yli 75-vuotiaiden osalta keskimääräisen toimintakyvyn pysyminen vähintään samansuuntaisena kuin kuluneiden viimeisten 20 vuoden aikana. Tämän ohjelman taustalla on WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma. Lisäksi tavoitteena on eriarvoisuuden vähentäminen ja heikommassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin ja suhteellisen aseman paraneminen. Näihin tavoitteisiin katsotaan päästävän ikäihmisten aktiivisella omatoimisuudella sekä vanhushuollon yhteistyöllä. Palveluja kehitetään aktiivisesti uutta teknologiaa hyödyntäen, jotta mahdollistetaan ikääntyneiden kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: 4, 15–26.)

Terveysten edistämisen politiikkaohjelmassa tavoitteiksi on valtioneuvosto asettanut ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn ylläpidon sekä sosiaaliset verkostot ja mahdollisuuden mielekkääseen tekemiseen, omien voimavarojen käyttöön sekä osallistumiseen. Sosiaalista turvallisuutta voidaan kohentaa, kun on mahdollisuus saada ohjausta, neuvontaa ja apua ikääntymiseen, terveyteen ja sosiaalisiin ongelmiin liittyvissä asioissa. Keinoina, sekä terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa että ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa 2008, on laajentaa ikäihmisten neuvontakeskusten verkosto koko maata kattavaksi sekä liittää ehkäisevät kotikäynnit ikäihmisten palveluvalikoimaan. Matalan kynnyksen neuvontakeskuksissa annetaan tietoa, neuvontaa ja ohjausta palveluista, liikunta- ja muista harrastusmahdollisuuksista, järjestöjen toiminnasta, asumisvaihtoehdoista, apuvälineistä sekä tapaturmien ehkäisystä. Neuvontapisteissä voidaan myös arvioida ja seurata toimintakykyä ja terveydentilaa sekä tarvittaessa ohjata muihin palveluihin. Laatusuosituksessa ja politiikkaohjelmassa molemmissa painotetaan myös ehkäisevien kotikäyntien merkitystä. Ehkäisevien kotikäyntien tarkoitus on tukea sekä arvioida itsenäistä suoriutumista ja tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään. Lisäksi tarkoituksena on tiedottaa palveluista sekä ennakoida yksilöllisten palvelujen tarvetta. Ehkäisevät kotikäynnit kohdennetaan ensisijaisesti niille vanhuksille, jotka eivät ole säännöllisten sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä. Eri-tyshuomio kohdennetaan riskiryhmiin, joita ovat esimerkiksi sosioekonomiselta asemaltaan heikossa asemassa ja syrjäytymisvaarassa olevat, monisairaat ja yksi-

näiset ikäihmiset. (Terveysten edistämisen politiikkaohjelma 2007, 13–14; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 3.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman Kaste 2008–2011 ja Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen 2008 tavoitteina on, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä 91–92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen, tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden turvin. Palvelujen tarpeen kasvu pyritään hillitsemään varhaisella puuttumisella sekä kattavalla kuntien ja kolmannen sektorin yhteistyöllä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 6, 12–13.)

Hyvinvointipolitiikan ensisijaisena tavoitteena on toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen, joiden avulla turvataan mahdollisuus itsenäiseen ja ihmisarvoiseen elämään, kaikissa elämänvaiheissa. *Ikääntyneiden osalta tärkeää on edistää aktiivista ikäihmisten elämää.* Ehkäisevän vanhuspolitiikan kulmakivenä ja tavoitteena on, että ikääntymisen ensimmäisessä vaiheessa eli 65–79-vuotiaiden keskuudessa, toimintakyky ja edellytykset itsenäiseen elämään olisivat tallella. Tässä vaiheessa ikäihminen voi olla palvelujen käyttäjä sekä jossain määrin myös läheistyöntekijä ja vapaaehtoistyöntekijä. Riskitekijöinä ovat yksinäisyys ja elämän tarkoituksettomuus leskeksi jäämisen ja ystävien poismenon jälkeen sekä yksin asuvien vanhuksien turvattomuus. Toimintakyvyn vaikeudet lisääntyvät usein vasta 80 ikävuoden jälkeen, jolloin tarve raskaampaan hoitoon lisääntyy. Tällöinkin raskaan laitoshoidon tarvetta voidaan mahdollisesti siirtää runsaalla ja kattavalla kotihoiolla sekä tukemalla omaishoitoa. Kaikki tämä vaatii ennen kaikkea kotihoitoon lisäresursseja sekä uudenlaisia kotiin annettavia tukimuotoja. Runsas, turvallinen ja ennakoiva apu tulisiikin asettaa ikääntyneiden kotihoidon strategiaksi. Järjestöjen tarjoama palvelutuotanto ja vapaaehtoistyö ovat tärkeässä asemassa julkisen ja yksityisen palvelutuotannon rinnalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 3, 28, 39–40.)

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa 2008 painotetaan onnistuneen ikääntymisen turvaamista sekä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista. Tähän ta-

voitteeseen pääsemiseksi tarjotaan keinoiksi esimerkiksi matalan kynnyksen neuvonta- ja ohjauspisteitä. Muita kehittämisen keskiössä olevia ovat muun muassa:

- terveellisten elintapojen edistäminen ja sairauksien ehkäisy
- itsenäisen suoriutumisen ja turvallisuuden tukeminen
- lihaskuntoa ja tasapainoa vahvistavien ja ylläpitävien liikuntamahdollisuuksien lisääminen
- varhainen puuttuminen terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen

Kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistetään juurruttamalla entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin vastaaminen eri hallinnonalojen suunnitteluun ja kehittämistoimintaan. Suunnittelun lähtökohdaksi tulee ottaa mahdollisimman monen ikääntyneen mahdollisuus elää omaehtoista ja mielekästä elämää omassa kodissaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 3, 20–23.)

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 tähtää sosiaalisen eriarvoisuuden vähenemiseen ja heikompiensaisten suhteellisen aseman parantamiseen. Tämä ohjelma katsottiin tarpeelliseksi, koska terveyserot ovat osoittautuneet vaikeiksi sekä terveys- että yhteiskuntapoliittiseksi ongelmaksi. Ikääntyneiden osalta ohjelman tavoitteena on hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta ja ehkäisevien palveluiden lisääminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 16, 149–159.)

Vanhuspalvelulaki (980/2012) painottaa ikääntyneiden mahdollisuutta elää omissa kodeissaan sinne saatavien palveluiden, kuten kuntoutumista edistävien palveluiden, turvin. Ikääntyneiden osallisuutta turvataan lakisääteisesti muun muassa siten, että kunnilta edellytetään ikääntyneen väestön osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista huolehtimista lakisääteisen vanhusneuvoston toiminnalla. Vanhusneuvosto on otettava mukaan kaikkeen kunnassa tapahtuvaan toiminnan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Sellaisessa kunnan päätöksenteossa, joka koskettaa ikääntyvän väestön terveyttä, hyvinvointia, osallisuutta, elinympäristöä, asumista, liikkumista tai päivittäisistä toiminnoista suoriutumista taikka on merkittävää ikääntyneiden tarvitsemien palveluiden kannalta, tulee vanhusneuvoston mielipide huomioida.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistetussa kansallisessa kehittämisohjelmassa KASTEESSA 2011–2015 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 1, 24–27) painotetaan ikäihmisten palveluiden rakennetta ja siinä pyritään uudistamaan palveluiden sisältöä. Tavoitteena on muun muassa parantaa eri ammattiryhmien ja muiden toimijoiden välistä yhteistyöosaamista nyt pirstaleisen palvelujärjestelmän hoito- ja palveluketjujen yhtenäistämiseksi. Kuntoutuksen ja muiden hyvinvointia ja terveyttä edistävien palveluiden osuutta tulee lisätä ikääntyneiden palvelukokonaisuuksissa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää ikääntyneiden yksinäisyyteen, ravitsemustilaan, lääkityksen säännölliseen tarkistamiseen sekä mielenterveys- että päihdeongelmiin. Paitsi palvelujen sisältöä myös vanhenemiseen liittyvää osaamista tulee lisätä. Tavoitteena on muun muassa käynnistää kansallinen muistiohjelma, kehittää iäkkäiden suun terveydenhoidon palveluja, tehostaa ikääntyneiden ravitsemus- ja liikuntasuositusten käyttöä sekä luoda Mieli-ohjelman mukaisia iäkkäiden mielenterveyttä edistäviä ja päihteiden käyttöä ehkäiseviä palvelukokonaisuuksia.

Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: 11, 3–25) tavoitteena on ikäystävällinen Suomi, koska yhteiskunnan ikääntymisessä ei ole kyse vain iäkkäiden määrän kasvusta vaan koko väestörakenteen muutoksesta. Suosituksen tavoitteena on myös tukea ikääntyneen väestön toimintakykyä sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (vanhuspalvelulain) toimeenpanoa.

3.2 Kohdekunnasta kotiin tarjottavat terveydenhuollon palvelut

Tässä kehittämistyössä keskityttiin tarkastelemaan yli 75-vuotiaiden kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Kunnassa on ollut tarjolla jo kymmenen viime vuoden ajan 70 vuotta täyttävälle toimintakykyarviota terveydenhuollon fysioterapeuttien suorittamana. Vuoden 2014 alusta palvelutarjontaan liitettiin hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75 vuotta täyttävälle. Hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä lähtivät tekemään terveydenhuollon kotisairaanhoidon kaksi terveydenhoitajaa oman työnsä ohessa.

Hyvinvointia ja terveyden edistämisen keskeisiä sisältöjä on määritelty useissa suosituksissa ja linjauksissa, kuten edellisessä kohdassa on tuotu esille. Onnistunut ikääntymien turvataan tukemalla ikäihmisten omaa osallistumista ja ylläpitämällä heidän sosiaalisia verkostojaan. Oma tärkeä sijansa on myös terveellisten elintapojen edistämisellä ja sairauksien ehkäisyllä. Suositukset velvoittavat myös kuntia tiedottamaan ikääntyville kuntalaisilleen tarjolla olevista palveluista: mitä mahdollisuuksia kunnassa on tarjolla ja mitkä ovat palveluiden myöntämisperusteet.

Toimintakunnassa kotisairaanhoidon toimii terveydenhuollon alaisuudessa ja kotipalvelu on kunnan sosiaalihuollon alaista toimintaa. Nämä toimijat ovat vuoden 2013 syksystä toimineet samasta toimintatilasta käsin ja heidän toimintansa on tiimiytetty siten, että kullakin tiimillä on oma alueensa ja kussakin tiimissä toimii kotisairaanhoidaja sekä useampia kodinhoitajia. Kunnassa on seitsemän kotisairaanhoidon työntekijää ja 20 kodinhoitajaa.

Fysioterapeutit tekevät myös kotikäyntejä siinä tilanteessa, kun ikääntyneen kodissa asukas on kaatunut tai on ollut vaarassa kaatua. Hoitajan tai lääkärin ilmoitus fysioterapiaan riittää tässä tilanteessa kotikäynnin suorittamiseen. Kotikäynnillä kartoitetaan kulkureitit ja niiden turvallisuus sekä tarvittavat apuvälineet turvallisen liikkumisen takaamiseksi.

4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli selvittää, mistä laihialaisten itsenäisesti kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointi koostuu. Lisäksi tämän kehittämistyön tavoitteena oli kehittää kuntaan hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli, joka antaa ikääntyneille keinoja pärjätä omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään.

Tässä työssä kehittäminen tapahtui osallistamalla kotisairaanhoidon työntekijöitä teemahaastatteluin toiminnan kartoitukseen ja kehittämiseen, ja lisäksi sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon vastaavia toimihenkilöitä sitouttamalla kehittämisryhmän toimintaan. Laihialla sosiaali- ja terveydenhuolto ovat hallinnollisesti eri organisaation alaisia. Terveyspalvelut tuotetaan yhteistoiminta-alueena Vaasan kanssa ja sosiaalipalvelut ovat kunnan omaa tuotantoa. Tähän kartoitukseen osallistuivat terveydenhuollosta kotisairaanhoido, fysioterapia ja aikuisneuvola. Mukana olivat myös sosiaalisektorilta perusturvajohtaja, kunnan vanhustyön johtaja ja kotipalveluohjaaja. Nämä osallistujat muodostivat yhdessä toiminnan kehittämisryhmän.

Kehittämistehtävän tavoitteet olivat:

1. Selvittää, mistä kotona itsenäisesti asuvien ikääntyneiden hyvinvointi koostuu.
2. Kehittää kuntaan hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli, joka tukee ikääntyneiden kotona pärjäämistä.

5 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄLLISET VALINNAT

Kehittämistyöllä tarkoitetaan toimintaa, joka tavoittelee tutkimustulosten avulla uusia ja entistä parempia palveluita, tuotantovälineitä tai -menetelmiä. Kehittämistyökäsitteen synonyyminä voidaan käyttää kehittämistoimintaa, joka tähtää uusien aineiden, tuotteiden, tuotantoprosessien tai järjestelmien aikaansaamiseen tai jo olemassa olevien olennaiseen parantamiseen. Kehittyminen voidaan nähdä siten sekä prosessina että tuloksena. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta ja kehittämisestä puhuttaessa Stenvall ja Virtanen (2012) painottavat sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun ja kustannustehokkuuden kehittämistä nykyisillä olemassa olevilla resursseilla. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuolto on tällä hetkellä murroksessa uutta valtion toimesta suunnittelemaa Sosiaali- ja terveydenhuollon (Sote) uudistusta sekä kuntauudistusta odotellessa. Samaan aikaan monessa kunnassa ja kaupungissa mietitään kuumeisesti säästökohteita nousevien kustannusten kurissa pitämiseksi.

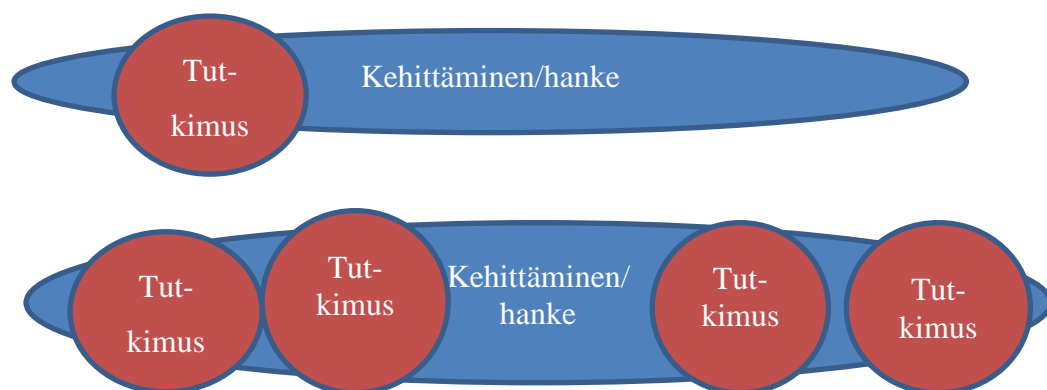
Stenvallin ja Virtasen (2012, 75) mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen on toteutettavissa parhaiten kehittämisen ja innovaatioiden kautta. Muutosjohtaminen on päivän sana. Kehittämistyö ja innovaatioiden aikaansaaminen edellyttävät muutoksen johtamista. Muutoksen johtaminen liittyy sekä asioiden johtamiseen (management) kuin myös ihmisten johtamiseen (leadership). He jakavat kehittämisen mallit toimijälähtöisesti kolmeen ryhmään: järjestelmälähtöinen, asiakaslähtöinen ja työntekijälähtöinen kehittäminen. Kaikki kolme kehittämisen näkökulmaa perustuvat kokonaisvaltaiseen näkemykseen organisaatioiden uudistamisesta ja heidän mukaansa kehittäminen ja uudistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on mahdollista toteuttaa resursseja supistavasti. Kehittäminen on arkipäivää, mutta kysymys onkin nyt siitä, tehdäänkö kehittämistyötä ja edistetäänkö innovaatioita systemaattisesti. Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on rakennettu pala kerrallaan ja tällä historialla on eittämättä edelleen vaikutuksensa tämän päivän kehittämistyöhön.

Järjestelmälähtöisessä kehittämisessä on Stenvallin ja Virtasen (2012, 111) mukaan kyse organisaation asioiden hahmottamisesta lintuperspektiivistä, kokonai-

suuden näkökulmasta. Tässä kehittäminen kiinnitetään osaksi järjestelmän uudistamista ja näin kehittämisellä pyritään vähentämään uudistusten hajanaisuutta. Keskitytään rakenteiden uudistamisen sijasta käytössä olevien järjestelmien kehittämiseen, mutta kehitetään järjestelmiä, ei niinkään johtamisen tai hallinnon ehdoilla, vaan *palveluista lähtien*. Palvelut muodostavat julkisen toiminnan ytimen, ja niiden kehittäminen sekä uudistaminen on mielekästä kiinnittää juuri niihin.

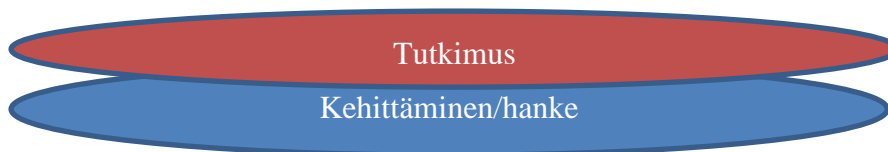
5.1 Tutkimuksellinen kehittäminen

Tutkimus- ja kehittämistoiminnasta käyttävät Heikkilä, Jokinen ja Nurmela (2008, 22–25) käsitettä *tutkiva kehittäminen*. Sanana tutkiva viittaa tutkimukseen, toimintaan ja tietynlaiseen tapaan tai asennoitumiseen. Tutkiva käsitteenä sisältää viittauksen tutkimukseen. Tutkimus voidaan ymmärtää monella tavalla, esimerkiksi tarkastelutapana, asenteena, oman toiminnan ja asioiden tarkasteluna ja pohdintana. Tutkimuksellisuuteen liittyy myös tieteellinen ajattelu. Heidän ajatuksenaan on, että kehittämiseen liittyy aina jossain vaiheessa tutkimustoimintaa ja se on koko ajan läsnä oleva asennoitumistapa. Kuviossa 5 on nähtävillä, että tutkimus ja kehittäminen voivat sijoittua toisiinsa nähden usealla eri tavalla. Ne voivat olla sisäkkäisiä tapahtumia, jolloin kehittäminen sisältää joko yhden tai useampia tutkimusosioita.



Kuvio 5. Tutkimus ja kehittäminen sisäkkäisinä tapahtumina. (Heikkilä ym. 2008, 24.)

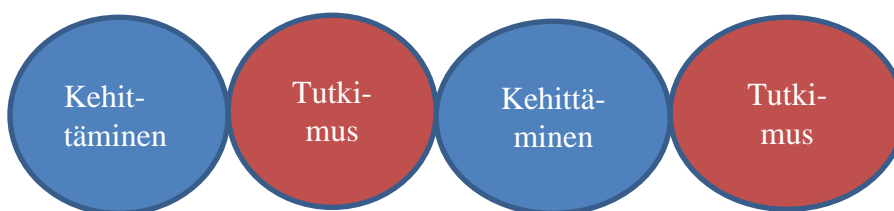
Kuviossa 6 on havainnollistettu sitä, miten tutkimus ja kehittämien voivat olla osin päällekkäisiä tapahtumia, mutta myös osin erillisiä asioita.



Kuvio 6. Tutkimus ja kehittäminen osittain päällekkäisinä tapahtumina (Heikkilä ym. 2008,24.)

Tutkimus ja kehittämien voivat olla toisiinsa nähden myös peräkkäisinä ja syklisinä vaiheina, joko niin, että ensin tehdään tutkimus ja sitten kehitetään ja taas tutkitaan. Kehittäminen voi myös olla ensin ja sen jälkeen tutkitaan ja kehitetään edelleen. Tällöin ollaan lähellä toimintatutkimuksen ajatusta (Heikkilä ym.2008, 25).

Tässä opinnäytetyössä toiminta on kuvion seitsemän kaltaisena jatkumona. Ensin laaditaan sosiaali- ja terveydenhuollon esimiesten kehittämistyönä kuntaan hyvinvointia edistävien kotikäyntien toimintamalli. Sen jälkeen kotisairaanhoidon työntekijöitä haastatteleamalla saadaan näkökulma siihen, mistä kotona itsenäisesti asuvien ikääntyneiden hyvinvointi koostuu. Tätä tutkimustietoa käytetään hyvinvointia edistävien kotikäyntien jatkokehittelyssä, jossa tavoitteena on luoda kuntaan hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli.



Kuvio 7. Tutkimus ja kehittäminen peräkkäisinä sykleinä. (Heikkilä ym. 2008, 25.)

Toiminnan kehittäminen osana päivittäistä toimintaa on strateginen valinta, jolloin toiminnalla on ennakoivasti korjaava luonne ja uudistaminen toteutetaan kestävän kehityksen periaatteella. Tällä tavalla toimien konkretisoituu johtajien ja työntekijöiden aito pyrkimys yhteiseen tavoitteeseen ja optimaaliseen lopputulokseen.

Muutokseen pyritään opitaan yhdessä -periaatteella. Yhdessä tekemisestä saadaan lisäarvoa, koska monialainen ryhmä pystyy ratkaisemaan ongelmia paremmin kuin yksittäiset asiantuntijat. Samalla erilaisen tiedon vaihtaminen ja yhdistäminen uudella tavalla mahdollistaa kokonaan uusien ratkaisujen löytymisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 98)

Kehittämispohjaisesta oppimisesta voidaan puhua silloin, kun todellinen kehittämistyö on oppimisen lähtökohtana. Tällöin lähtökohtana on aito työelämän kehittämishanke, jonka tavoitteena voi olla esimerkiksi tuottaa uusia palveluita, tuotteita, toimintamalleja tai työkulttuuria. Tällöin kehittämistyö rakentuu työelämästä käsin, ja sen eteenpäin vieminen edellyttää vastuullista yhdessä toimimista ja tekemistä sekä kumppanuutta. Sen keskeisiä käsitteitä ovat muun muassa luovuus, kokemuksellisuus, tutkimuksellisuus, autenttisuus ja kumppanuus. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 15–16.)

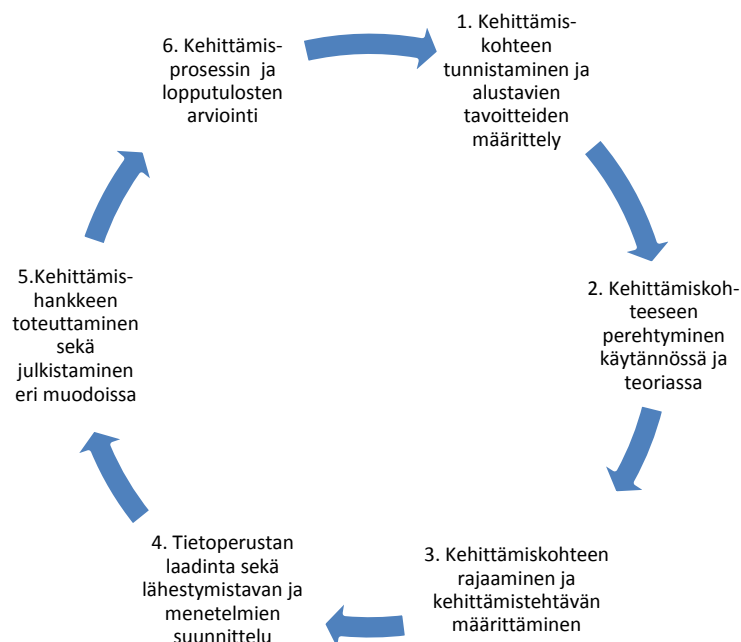
Tutkimuksellinen kehittämistyö voi alkaa erilaisista lähtökohdista, kuten organisaation halusta saada aikaan muutosta tai organisaation kehittämistarpeista. Siihen kuuluu käytännön ongelmien ratkaisua ja uusien ideoiden, käytänteiden, tuotteiden joko palveluiden tuottamista tai toteuttamista. Tutkimuksellinen kehittämistyö eroaa tieteellisestä tutkimuksesta toiminnan päämäärissä. Tieteellinen tutkimus pyrkii tuottamaan uutta teoriaa, joko perustutkimusta tai soveltavaa tutkimusta. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on saada aikaan lähinnä käytännön parannuksia tai kokonaan uusia ratkaisuja. Kuviossa 8 on havainnollistettu sitä, miten tutkimuksellinen kehittäminen asettuu tieteellisen tutkimuksen ja arkiajattelun perustuvan kehittämisen väliin. (Ojasalo ym. 2009, 17–20.)



Kuvio 8. Tutkimuksellinen kehittäminen. (Ojasalo ym. 2009, 18.)

Arkiajatteluun perustuvassa kehittämisessä tietoa kerätään teoriasta ja käytännöstä sattumanvaraisesti ja päätökset perustuvat pitkälti omiin ideoihin, joita ei juurikaan perustella. Näin vuorovaikutus jää vähäiseksi. Jos raportoidaan, niin se tehdään sitten, kun kaikki on valmista. Kun taas tutkimuksellisessa kehittämisessä tiedon keruu on kriittistä ja systemaattista sekä teoriassa että käytännössä. Samalla aktiivinen vuorovaikutus eri tahojen välillä korostuu ja kirjoittaminen sekä esittäminen eri vaiheissa eri kohderyhmille vievät kehitystyötä eteenpäin. Näitä kaikkia kolmea tutkimuksen ja kehittämisen muotoa tarvitaan eri tarkoituksiin. (Ojasalo ym. 2009, 17–18.)

Kaikenlainen kehittäminen voidaan jäsentää kuvion 9 mukaisesti *muutostyön prosessiksi*, jossa suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheet seuraavat toisiaan. Tutkimuksellinen kehittämistyö vie aikaa ja se koostuu useista selkeistä vaiheista. Useinkaan nämä vaiheet eivät näin selkeästi ole jaettavissa osiin, vaan monesti prosesseissa palataan taaksepäin ja edetään edestakaisin eri vaiheiden välillä ennen kuin kyetään taas etenemään. (Ojasalo 2009, 22–24.)



Kuvio 9. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi. (Ojasalo ym. 2009, 24.)

Tutkimuksellisen kehittämishankkeen lähtökohtana on *kehittämiskohteen tunnistaminen* ja siihen liittyvien tekijöiden *ymmärtäminen*. Tavoitteena on usein saada

aikaan muutos esimerkiksi prosessin kehittäminen ja uudistaminen, uusien mallien tai menetelmien kehittäminen tai kokonaan uuden työkuulttuurin kehittäminen. Kehittämiskohteen tunnistamisen jälkeen lähdetään *hakemaan siihen liittyvää tietoa* sekä käytännöstä että perehtymällä olemassa olevaan teoreettiseen ja muuhun kirjoitettuun tietoon. Usein joudutaan tekemään monenlaisia valintoja, koska samasta aiheesta saattaa löytyä paljon toisistaan poikkeavaakin tietoa. Keskeistä on löytää *näkökulma*, josta katsoen kyetään tutkimuksellisessa kehittämistyössä etenemään. Keskeisen näkökulman tarjoaa käsitejärjestelmä (työn teoreettinen tausta), jossa keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet on määritelty. Näin kootun taustatiedon ja tutkimustiedon avulla *määritellään tarkempi kehittämistehtävä ja rajataan kehittämisen kohde*. Tämän jälkeen kuvataan kehittämistyöhön liittyvät prosessit ja suunnitellaan oma *lähestymistapa ja menetelmät*. Toimintatutkimus ja konstruktiivinen tutkimus ovat tyypillisiä lähestymistapoja. Menetelmällisiltä ratkaisuilta vaaditaan muutakin kuin ilmiön kuvaamista, selittämistä tai ennustamista, koska pyritään kohteen käytännönläheiseen kehittämiseen. Menetelmällisten valintojen tulisi edesauttaa kohdeorganisaation hyvän tuntemuksen lisäksi työyhteisön tietämyksen jakamista sekä yhteisiä tiedontuottamistapoja, kuten erilaisia keskusteluja. (Ojasalo ym. 2009, 24–25.)

Implementointiin eli muutoksen toteuttamiseen tulisi varata riittävästi aikaa, koska kehittämistyön tavoitteena on tuottaa hyödyllisiä muutoksia työelämään. Myös raportointiin tulee kiinnittää huomiota, koska sen tarkoituksena on kehitystyön kuvaamisen lisäksi myös viedä sitä koko ajan eteenpäin, varsinkin kehittämistyöhön osallisille on tärkeää raportoida koko prosessin ajan. *Tulosten jakaminen* kirjallisena on merkittävä osa tutkimuksellista kehittämistyötä. Kehittämistyön arviointi on prosessin viimeisin vaihe, vaikka arviointia tehdään koko prosessin ajan. Arviointi kohdistetaan sekä kehittämisprosessiin että sen tuotoksiin. Myös eettiset kysymykset ovat tärkeitä kehittämistyön kaikissa vaiheissa. (Ojasalo ym. 2009, 26.) Koko prosessin ajan huolehditaan myös järjestelmällisyydestä, analyyttisyydestä, kriittisyydestä, aktiivisesta vuorovaikutuksesta sekä kirjoittamisesta eri tahoille (Ojasalo ym. 2009, 24).

5.2 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä

Toiminnan käsitteellä tarkoitetaan toimintatutkimuksessa sosiaalista toimintaa. Toimintatutkimuksessa on ensisijaisena tarkoituksena tutkia ja kehittää ihmisten yhteistoimintaa. Toimintatutkimus ei ole varsinainen tutkimusmenetelmä, pikemminkin se on tutkimusstrateginen lähestymistapa, joka käyttää välineenään erilaisia tutkimusmenetelmiä. Tavoitteena on saavuttaa välitöntä käytännöllistä hyötyä tutkimuksesta. Toimintatutkimuksen päätavoite ei ole vain tutkminen, vaan myös toiminnan samanaikainen kehittäminen. Toimintatutkimusta pidetään myös tietynlaisena ajattelutapana, pragmaattisena filosofiana tai yhteiskunnallisena kansanliikkeenä. Teoriaa ja käytäntöä ei nähdä toimintatutkimuksessa toisistaan erillisinä, vaan paremminkin saman asian eri puolina. (Heikkinen 2007, 196–198.)

Toimintatutkimusta voidaan Habermasin määrittämien tiedonintressialueiden ja niitä määrittävien tieteiden jaon mukaisesti käyttää lähestymistapana seuraavallisissa tutkimuksissa:

1. luonnontieteellinen tai empiirisanalyttinen tiede, joka määrittää instrumentaalista tietoa ja teknistä tiedonintressiä
2. hermeneuttinen tiede, joka kielen avulla määrittää ymmärtävää/praktista tietoa ja praktista tiedonintressiä
3. kriittinen tiede, jota määrittää reflektiivinen (emansipatorinen) tieto ja reflektiivinen tiedonintressi.

(Carr & Kemmis 1986, 136; Tuomi & Sarajärvi 2011, 40–41.)

Tällä tavalla Carr ja Kemmis ovat yhdistäneet toimintatutkimuksen idean ja Habermasin tiedonintressiteorian. Tässä opinnäytetyössä toimintatutkimuksellinen ote näkyy kohdan kaksi mukaisena, koska tämän opinnäytetyön yhtenä tavoitteena on ymmärtää, mistä itsenäisesti kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointi koostuu.

Toimintatutkimuksen teoreettisena isänä voidaan pitää saksalaissyntyistä filosofia Kurt Lewiniä (1890–1947). Hän loi 1930–40-luvuilla toimintatutkimuksen perus-

käsitteet, jotka ovat yhteistoiminnallisuus, demokraattisuus sekä teoriaa ja käytäntöä muuttava luonne. (Metsämuuronen 2008, 30.)

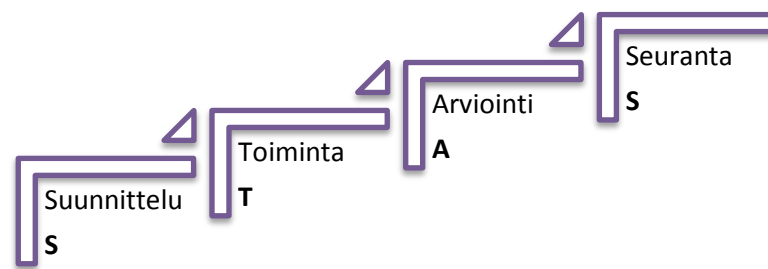
Metsämuuronen mukaan (2008, 29–32) toimintatutkimus on paitsi osallistuvaa myös osallistavaa tutkimusta. Hänen mukaansa se on tilanteeseen sidottua (situational), yleensä yhteistyötä vaativaa (collaborative) itseään tarkkailevaa (self-evaluative) sekä osallistuvaa (participatory). Toimintatutkimuksen tarkoituksena on vastata johonkin käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai kehittää jo olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi.

Toimintatutkimukselle on Carr ja Kemmisin (1986, 165) mukaan luonteenomaista seuraavat kolme piirrettä:

- kohteena on muutokselle halukas sosiaalinen käytäntö
- toiminta etenee vaiheittain suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin spiraalisena kehänä. Joka vaihetta tarkastellaan kriittisesti ja toututetaan toisiinsa nähden systemaattisesti.
- osallistujat ovat kaikissa vaiheissa vastuullisia toiminnastaan ja sen intensiteetistä sekä itselleen että muille osallistujille.

Kaikki inhimillisen toiminnan osa-alueet voivat olla toimintatutkimuksen kohteena. Toimintatutkimukset ovat käytäntöön suuntautuneita, muutokseen pyrkiviä ja ne edellyttävät tutkittavien aktiivista osallistumista tutkimusprosessiin. Olennaista on tuottaa uutta tietoa ja pyrkiä tutkimuksen avulla reaaliaikaisesti erilaisten asiantilojen muutokseen parantamalla ja edistämällä niitä tavalla tai toisella. Tutkimuksen tärkein tavoite uuden tiedon saavuttamisen ohella on siitä saatava hyöty itse tutkittaville. (Kuula 1999, 10.)

Toimintatutkimuksessa (action research) on tutkimuskohteena siis yksi tapaus, josta voidaan erottaa neljä vaihetta. Kuviossa 10 on kuvattu toimintatutkimuksen eri vaiheiden etenemistä. Toimintatutkimukseen kuuluvat syklisesti: tavoitteiden asettelu eli suunnittelu, toiminta, arviointi ja seuranta. Vaiheiden jälkeen palataan alkuun ja sykli alkaa uudelleen. (Kananen 2012, 39.)

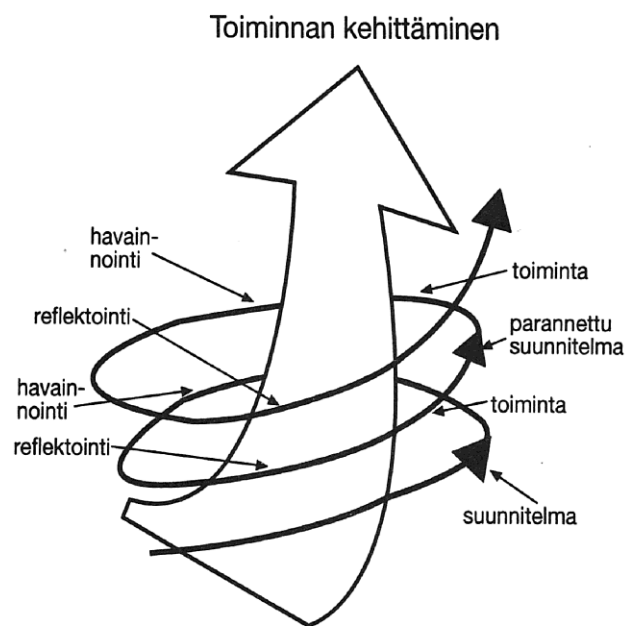


Kuvio 10. Toimintatutkimuksen vaiheet. (Kananen 2012, 39).

Toimintatutkimuksen tekijä on tutkimansa kohteen jäsen ja tavoitteena on muutos ja muutossyklin toteutus. Toimintatutkimus keskittyy ihmisiin ja heidän vaikutusmahdollisuuksiinsa ja mukaan saamiseensa muutokseen. Tutkijan tulee löytää keinot ongelman poistamiseen ja mittarit muutoksen toteamiseen. Toimintatutkimuksessa toimenpidesuositukset testataan käytännössä eli tehdään interventio. (Kananen 2012, 38–40.)

Kuviossa 11 on kuvattu toimintatutkimusta pyörteenä, joka johtaa aina uusiin ja uusiin kehittämisideoihin. Täten yksi kehittämishanke johtaa toiseen kehittämishankkeeseen. Useat peräkkäiset syklit muodostavat toimintatutkimuksen spiraalin, jossa ajattelu ja toiminta liittyvät toisiinsa peräkkäisinä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektion ja uudelleen suunnittelun keinä. Kurt Lewin kehitteli mallin toimintatutkimuksen kehästä ja sitä ovat useat tutkijat hänen jälkeensä kehittäneet edelleen. Kehämalli muistuttaa hermeneuttisen filosofian tapaa kuvata ymmärtämisen vähittäistä etenemistä. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 80–82.)

Spiraali voi myös synnyttää sivuspiraaleja, jotka muodostuvat syntyneistä uusista kehittämisideoista. Näin kehittäminen laajenee ympäristöönsä.



Kuvio 11. Toimintatutkimuksen spiraalimalli. (Heikkinen ym. 2006, 81.)

5.3 Laadullinen lähestymistapa

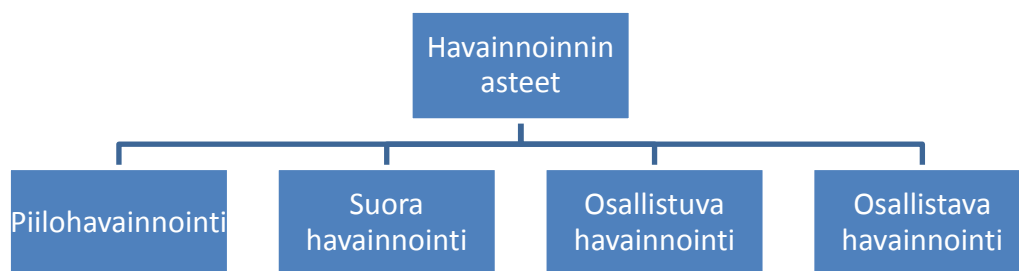
Tässä kehittämistyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää, jolle tyypillisiä piirteitä ovat Eskolan ja Suorannan (2005, 14–18) mukaan muun muassa tutkijan asema, aineiston laadullis-induktiivinen analyysi ja harkinnanvarainen otanta. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein varsin pieneen määrään tapauksia ja pyritään analysoimaan niitä mahdollisimman perusteellisesti.

Kehittämistyö oli toimintatutkimuksellinen, koska kyseessä oli ikääntyneille kotiin tarjottavien palveluiden kehittäminen ottamalla käyttöön hyvinvointia edistävät kotikäynnit kokonaan uutena toimintona. Kehittämistyön lähestymistapa oli laadullinen, koska kotisairaanhoidon työntekijöitä teemahaastattelemalla pyrittiin selvittämään, mistä kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointi koostuu. Teemahaastatteluiden pohjalta saatavaa tietoa pyritään jatkossa hyödyntämään kehittämisryhmän toiminnassa muun muassa hyvinvointia edistävien kotikäyntien jatkokehittelyssä. Kehittämisryhmän käymät keskustelut, kokousmuistiinpanot ja sähköpostiviestit olivat myös kehittämistyön materiaalia havainnoinnin ohella. Toimintatutkimusta voidaan Kanasen (2009, 60) mukaan pitää enemmänkin tutki-

musstrategiana kuin tutkimusmenetelmänä, koska tiedonkeruussa ja analyysissä käytettävät menetelmät voivat vaihdella tilanteen mukaan. Tässä suhteessa toimintatutkimus muistuttaa triangulaatiota, jossa yhdistyvät aineisto- ja menetelmätriangulaatiot.

5.3.1 Havainnointi

Havainnoinnin muotoja ja luokitteluja on monia. Puhutaan suorasta, epäsuorasta, osallistuvasta ja osallistavasta havainnoinnista. Asiaa on havainnollistettu alla olevassa kuviossa 12. Havainnoinnin etuina ovat tilanteen ja ilmiön autenttisuus, koska ilmiö tapahtuu luonnollisessa ympäristössään ja kontekstissaan. Havainnoimalla saadaan monipuolista tietoa, mutta menetelmän käyttökelpoisuus on sidoksissa tutkittavaan ilmiöön. Ilmiön tulee olla havainnoitavissa, sillä kaikista ilmiöistä ei saada havainnoinnilla irti mitään. (Kananen 2009, 69.)



Kuvio 12. Havainnoinnin asteet (mukaillen Kananen 2009, 69)

Osallistuva havainnointi ja havaintojen pohjalta kirjoitettu tutkimuspäiväkirja ovat tutkijan tärkeimpiä tiedonkeruumenetelmiä toimintatutkimuksessa. Osallistuvassa havainnoinnissa opinnäytetyön tekijä toimii aktiivisesti tutkimansa kohteen ja henkilöiden kanssa. Aineiston voivat muodostaa myös toiminnan aikana muut tuotetut muistiot ja pöytäkirjat. Tutkija keskustelee toiminnan aikana osallistujien kanssa, jolloin hän kirjaa havaintoja ja tarkastelee osallistujien mielipiteitä. Nämä keskustelut kirjataan tutkimuspäiväkirjaan. Aineistoa kerätään järjestelmällisesti. Tutkija tallentaa tutkimuspäiväkirjaan muun muassa havaintonsa, ajatuksensa, hämmennyksen aiheet, kysymykset, yhteenvedot ja tiivistelmät, koska nämä kaikki vie tutkimusta eteenpäin. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 104–107; Tuomi & Sarajärvi 2011, 81–83.)

Suorassa havainnoinnissa tutkija seuraa ilmiöön liittyviä tapahtumia paikan päällä siten, että toimijat ovat tietoisia havainnoinnista. Epäsuora havainnointi voidaan toteuttaa havainnointipaikalla niin, että tutkija on kohteiltaan piilossa. Tällöin havainnointi on mahdollista suorittaa myös teknisin apuvälinein, kuten kameroiden avulla. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija pääsääntöisesti osallistuu itse toimintaan, jolloin hänellä on mahdollisuus päästä kiinni syvälle tutkimansa ilmiön olemukseen, vaikka hän ei ole itse työyhteisön jäsen. Kerätyn aineiston määrä eli havainnointi riippuu tutkijan suhteesta tutkittavaan ilmiöön siten, että mitä tutummaksi tutkija pääsee työyhteisössä, sitä enemmän hänelle on mahdollista kerätä materiaalia tutkimastaan tilanteista ja ilmiöstä. (Kananen 2009, 67–69.)

Aktivoivalla osallistuvalla havainnoinnilla tarkoitetaan toimintatutkimusta. Siinä pyritään ymmärtämisen lisäksi myös muuttamaan tutkimuskohdetta. Aktivoiva osallistava havainnointi tutkimusaineiston keräämisen keinona on tilannekeskeistä, aktiiviseen vaikuttamiseen ja muutokseen tähtäävää. Siksi se onkin enemmän tutkimusasetelma kuin varsinainen tutkimusmenetelmä. (Vilkkä 2006, 46–48.)

Tässä kehittämistyössä käytettiin osallistuvaa havainnointia, koska kehittämissyöryhmän toimintaan osallistumalla opinnäytetyön tekijällä oli mahdollisuus tehdä havaintoja ryhmän toiminnasta. Lisäksi ryhmän jäsenet olivat tekijälle entuudestaan tuttuja ja tämä mahdollisti luontevan yhteistyön heti toiminnan alusta alkaen.

Opinnäytetyön tekijällä oli käytössään koko kehittämistyön ajan iso ja paksu A4 -kokoinen ruutuvihko, johon hän keräsi lehdistä artikkeleita ja kirjoitti kaikkea kehittämistyöhön vähänkin liittyvää aineistoa, tietoa, tilastoja ja ajatuksiaan. Vihkoon kirjattiin myös ideoita ja sovittuja asioita kehittämissyöryhmän tapaamisista ja palaverista kotisairaanhoidon vastaavan kanssa lomakkeiden suunnitteluun liittyen. Kirjoittaminen ja kommentointi tulivat tavaksi, koska vihko seurasi mukana töihin ja sieltä takaisin kotiin. Lisäksi opinnäytetyön tekijällä oli pienempi A5 -kokoinen muistikirja, johon hän keräsi lähdetietoja esimerkiksi lukiessaan aiheeseen liittyviä artikkeleita ja kirjoja. Muistilehtiöön hän valmiiksi kirjasi myös lähdetiedot, kuten mistä kirjastosta kirja tai artikkeli löytyy sekä sen mahdollinen saanti Internetistä. Muistikirjan avulla oli helppo paikallistaa teos kirjastossa käy-

dessä. Muistikirjaan kirjatut asiat, tiedot ja ajatukset oli helppo palauttaa myöhemmin uudelleen mieleen ja kehitellä niitä tarvittaessa edelleen tai hylätä ne tarpeettomina.

5.3.2 Teemahaastattelu

Haastattelu menetelmänä perustuu kielelliseen vuorovaikutukseen ja se on keskustelu, jolla on tavoite. Teemahaastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joissa kysymysten muoto on kaikille sama, mutta haastattelija voi vaihdella kysymysten järjestystä. Haastateltavat vastaavat omin sanoin eikä vastauksia ole sidottu valmiisiin vastausvaihtoehtoihin. Teemahaastattelussa on kysymys puolistrukturoidusta menetelmästä, koska yksi haastattelun aspekti, haastattelun aihepiirit, teemat, ovat kaikille samat. Tämä vapauttaa tutkijan haastattelijan näkökulmasta ja tuo tutkittavien äänen kuuluviin. Teemahaastattelu huomioi ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset sekä sen, että merkitykset ovat syntyneet vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelua voidaan luonnehtia kahden ihmisen väliseksi viestinnäksi, joka perustuu kielen käyttöön. Lisäksi se on tilannesidonnaista. (Hirsjärvi, Hurme 2000, 11–48.)

Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Haastattelu voidaan toteuttaa yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluna. Näitä haastattelumuotoja voidaan käyttää toisiaan täydentävinä. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2010, 207–210; Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.) Haastattelijan tehtävänä on varmistaa, että kaikki etukäteen päätetyt teemat käydään haastattelussa läpi, mutta niiden järjestys ja laajuus voivat vaihdella haastattelusta toiseen. (Eskola & Suoranta 2005, 86.)

Sisällön analyysin tekemisestä ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä, vaan erilaisia ohjeita analyysiprosessin etenemisestä. Kyngäs ja Vanhanen (1998, 3–5) jakavat sisällön analyysin *induktiiviseen* (aineistosta lähtevään) ja *deduktiiviseen*, jossa analyysia ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva luokittelurunko. Sisällön analyysin tavoitteena on löytää sellaisia malleja, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö kyetään käsitteellistämään.

Aineistolähtöisessä sisällön analyysi voidaan jakaa kolmeen erilliseen vaiheeseen. Aluksi aineisto pelkistetään eli redusoidaan. Silloin siitä karsitaan kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen pois. Tätä vaihetta ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan kerättyä aineistoa käsitellään. Sitten pelkistetty aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan. Ryhmittelemällä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokiksi ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä (muodostetaan alaluokat). Lopuksi abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet (yläluokat). Luokitusten yhdistelemistä jatketaan niin kauan kuin se aineiston näkökulmasta on mahdollista. Tavoitteena on yläluokkia yhdistämällä muodostaa kokoava käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 107–113.)

Alasuutarin (2001, 38–48) mukaan laadullinen analyysi koostuu kahdesta vaiheesta, havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Käytännössä nämä kaksi vaihetta nivoutuvat toisiinsa, eikä niiden välistä erottelua ole tarpeen keino-tekoisesti tehdä.

Teemahaastattelujen analyysi alkaa usein jo haastattelutilanteessa, kun tutkija itse haastattellessaan voi tehdä havaintoja ilmiöistä niiden toistuvuuden ja jakautumisen perusteella. Hän voi näin ollen jo heti haastattelutilanteessa tyypitellä ja hahmotella malleja syntyneistä havainnoista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 136.)

Tässä kehittämistyössä opinnäytetyön tekijä haastatteli kotisairaanhoidon työntekijöitä siitä, mistä he kokevat kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvoinnin koostuvan. Haastatelluilla kotisairaanhoidon sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on vankka työkokemus ja osaaminen. Kvalitatiivisen tutkimuksen, joihin teemahaastattelu kuuluu, käyttöalueisiin katsotaan kuuluviksi muun muassa tutkiminen ymmärtämisen näkökulmasta ja tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, eroja ja samankaltaisuuksia (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 50). Tutkimuksessa tuodaan esiin työntekijöiden näkemyksiä ikääntyneiden kotona pärjäämiseen ja selvitetään mahdollisuuksia hyvän ikääntymisen tukemiseen. Näitä haastattelujen tuloksia hyödynnetään hyvinvointia edistävien kotikäyntien jatkokehittämisessä.

Neljä kotisairaanhoidon työntekijää haastateltiin aikavälillä 26.3–7.4.2014. Haastattelut suoritettiin opinnäytetyön tekijän työhuoneessa, joka oli kaikille haastatteluun osallistuneille tuttu ympäristö. Kaikki haastatteluun osallistuneet kotisairaanhoidon työntekijät olivat opinnäytetyön tekijälle entuudestaan tuttuja. Haastattelija piti mielessään haastattelujen aikana tilanteen luonteen ja pyrki antamaan haastateltaville tilaa ja olemaan itse enemmän kuuntelijana. Haastattelijan subjektiiviset näkemykset vaikuttavat tutkimusprosessissa, silti tutkimuksen pitää pyrkiä heijastamaan tutkittavien maailmaa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 18). Haastattelun teema-alueet olivat vastaajille tuttuja käsitteitä ja kaikki ymmärsivät ne samalla tavalla. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia, vain yhden haastattelun kohdalla tilanne keskeytyi jonkun pyrkiessä huoneeseen. Haastateltaville kerrottiin jo kutsun yhteydessä vaitiolovelvollisuudesta ja luottamuksellisuudesta sekä haastattelutilanteen alussa mainittiin vielä vastausten anonyymistä käsittelystä, jotta lopullisessa työssä ei yksittäisiä vastauksia voida tunnistaa. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla.

Teemahaastattelujen teemat muodostettiin teoreettisesta viitekehyksestä sekä kehitetyn hyvinvointia edistävien kotikäyntien lomakkeiston sekä lähikaupungissa käytössä olevan sähköisen hyvinvointiprofiilin pohjalta (Ikäihmisten sähköinen hyvinvointiprofiili). Hyvinvointiprofiili huomioitiin, koska kunta muodostaa yhteistoiminta-alueen lähikaupungin kanssa ja tarjottavissa palveluissa pyritään yhtenäisiin toimintamalleihin. Tutkimustulokset on jäsennetty samoin teemoin, koska ne luonnollisesti nousivat esiin myös haastatteluaineistosta toistuvina teemoina. Teemahaastattelulomaketta ei esitettävä aikatauluongelmien vuoksi. Tavoitteena oli kokonaisotanta, mutta teemahaastatteluajankohdan osuessa talvilomien kiireisimpään aikaan, muodostui katoaineistoksi lopulta viisi. Näin ollen teemahaastattelujen otokseksi tuli neljä ($n=4$). Neljännen haastattelun kohdalla voitiin todeta, että vastaukset alkoivat ajoittain jo toistaa itseään. Uusia havaintoyksiköitä tulisi ottaa Kanasen (2012, 174) mukaan niin kauan kunnes ne alkavat toistaa itseään. Tällöin on saavutettu kylläntymispiste (saturaatio).

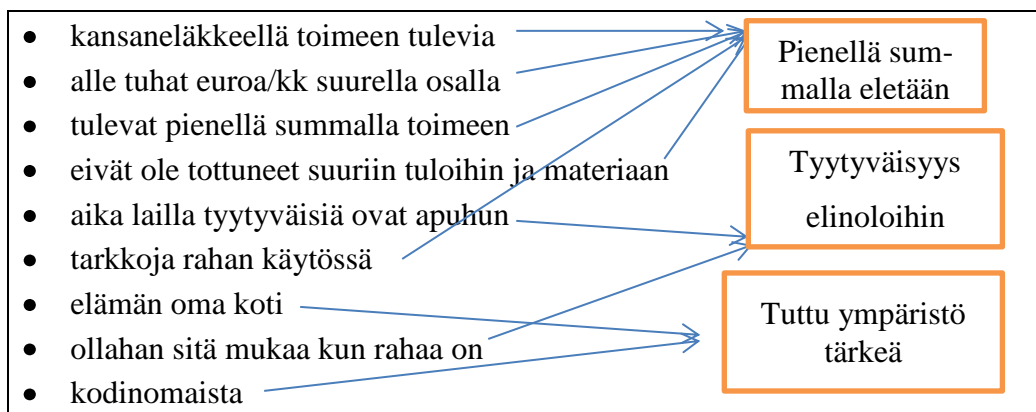
Haastattelut nauhoitettiin sanelulaitteella, joka saatiin lainaksi terveysaseman lääkärinvastaanotolta. Kukin haastattelu kesti reilun tunnin ja haastattelun aluksi

vaihdettiin muutama lause jostain yleisestä, molemmille tutusta asiasta, ylimääräisen jännityksen laukaisemiseksi ja tilanteeseen orientoitumiseksi. Lisäksi haastattelija kertoi omin sanoin vielä tulevan haastattelun teemoista. Tässä on kyse myös vallan siirtämisestä haastattelijalta haastateltavalle (Eskola & Vastamäki 2007, 31). Haastattelut litteroitiin sanelujen purkulaitteella, jonka haastattelija sai lainaksi kotiinsa. Haastatteluaineistoa kertyi kaiken kaikkiaan 21 täyttä sivua ykkösen rivivälillä. Tekstiksi kirjoittamisen jälkeen sanelunauhat tyhjennettiin ennen niiden palauttamista. Tämä tapahtui heti sanelujen kirjoittamisen jälkeen, koska puretut ja tyhjennetyt nauhat tuli palauttaa takaisin mahdollisimman pian. Haastattelujen kirjoittamisen yhteydessä myös haastattelijan kysymykset ja kommentit kirjoitettiin, koska haastatteluvastaus aina heijastaa myös haastattelijan läsnäoloa ja hänen tapaansa kysyä asioita (Hirsjärvi & Hurme 2000, 49).

Teemahaastattelut litteroitiin puhekielisinä haastatteluja seuraavana päivänä. Kaikkien neljän haastattelun osalta puhtaaksi kirjoittaminen suoritettiin samalla tavalla. Tämä parantaa haastattelujen laatua, varsinkin kun sama henkilö, tässä opinnäytetyön tekijä, sekä haastattelee että litteroi. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 185.) Jos sanoilla ja sanavalinnoilla on merkitystä tutkimuksen kannalta, on litterointi tehtävä silloin sanatarkasti käytetyllä kielellä (Ojasalo ym. 2009, 99).

Teemahaastattelut analysoitiin aineistolähtöisesti. Litteroitu aineisto luettiin kahden kertaan läpi ja sen jälkeen sitä pyrittiin luokittelemaan haastatteluissa esiin nousevien teemojen mukaisesti. Kuviossa 13 on esimerkki sisällön analyysistä, jossa pelkistetyt ilmaukset ovat oikealla ja niistä muodostetut yläluokat vasemmalla. Ikäihmisten hyvinvointi aiheena oli haastattelijalle oman työn vuoksi tuttu, joten teemahaastattelujen sisällön ymmärtäminen ja merkitysten näkeminen ei ollut vaikeaa. Ajallisesti analyysivaiheeseen päästiin vasta reilun kuukauden kuluessa haastattelujen tekemisestä.

Materiaalinen hyvinvointi (elinolot ja toimeentulo):



Kuvio 13. Esimerkki aineistolähtöisestä sisällön analyysistä

5.4 Kehittämistyön eteneminen ajallisesti

Tässä opinnäytetyössä käydään läpi uuden toiminnan suunnittelua, kun sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehet kehittivät kuntaan hyvinvointia edistävien kotikäyntien käynnistämistä varten tarvittavan lomakkeiston. Lisäksi suunniteltiin hyvinvointia edistävien kotikäyntien käytännön toteuttamista. Lähestymistapana on tutkimuksellinen kehittäminen, jossa on toimintatutkimuksen piirteitä. Kehittämistyössä hyödynnettiin tutkimuksellisen kehittämistyön prosessimallia. Tässä työssä kehittämiskohteena oli ryhmä ja sen toiminta ja tavoitteena oli saada muutosta toimintakäytänteisiin (uusi toimintamalli) siten, että siitä hyötyvät kaikki kehittämiseen osallistuvat. Opinnäytetyön tekijä osallistui kehittämisryhmän jäsenenä aktiivisesti toiminnan kehittämiseen (vrt. Kananen). Lisäksi pyrittiin hankkimaan uutta tietoa ikääntyneiden hyvinvoinnin rakentumisesta haastattelemalla kotisairaanhoidon työntekijöitä.

Toimintatutkimukselle on ominaista vaiheittainen eteneminen, jossa perusajatuk- sena on ensin määritellä ongelma ja esittää siihen ratkaisua. Tämän jälkeen ratkai- sua kokeillaan ja sen jälkeen arvioidaan (Kananen 2009, 28).

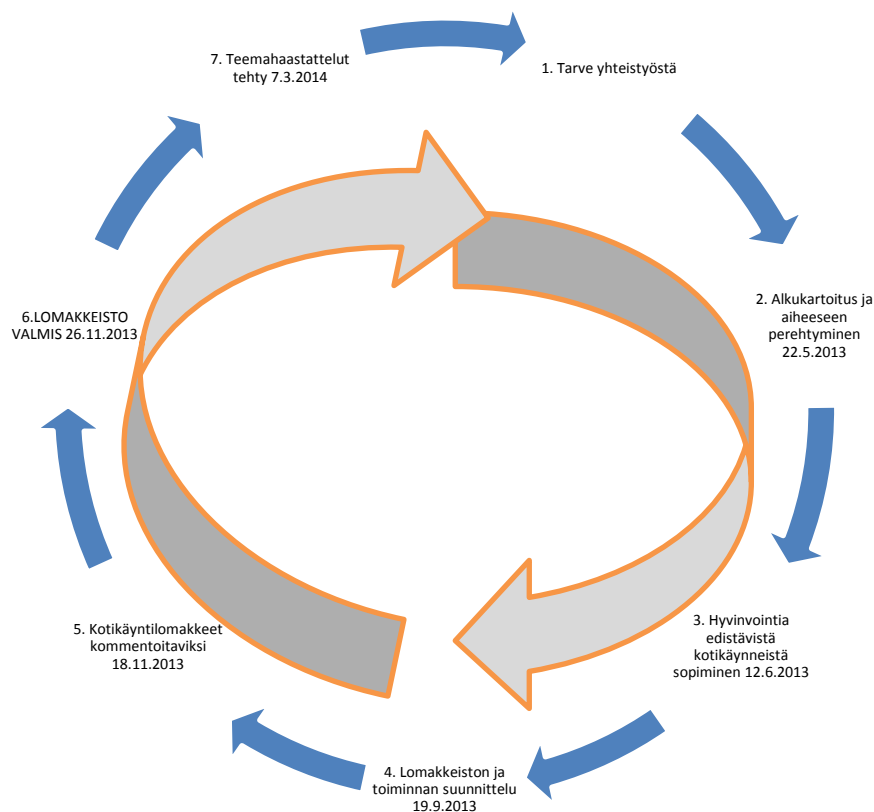
Toimintatutkimukselliset vaiheet tässä opinnäytetyössä ovat:

- Nykytilanteen kartoitus ikääntyneiden palveluissa
- Nykytilanteen analysointi ja siihen vaikuttavia tekijöitä

- Suunnitelman laatiminen uuden toiminnan käynnistämiseksi (hyvinvointia edistävät kotikäynnit)

Kokeilu-, arviointi- ja seurantavaiheet jäävät kohdeorganisaatiossa myöhemmin toteutettaviksi. Tämä tapahtuu ajallisesti aikaisintaan syksyllä 2014, jolloin kehittämisryhmän toiminnan on määrä jatkua.

Tavoitteena oli tutkimussuunnitelman mukaisesti suorittaa myös kokeilu- ja arviointivaihe, jossa olisi kyetty huomioimaan nyt suoritettujen teemahaastattelujen tulokset. Teemahaastattelujen avulla saatiin kotisairaanhoidon työntekijöiden näkemyksiä ikääntyneiden hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Nämä vastaukset käytetään hyödyntämään ikääntyneiden palveluiden jatkosuunnittelussa kunnassa. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien koko suunnitteluprosessi voidaan kuvata tutkimuksellisen kehittämisen prosessina. Kuvion 14 sisällä olevat nuolet kuvaavat tiedonhankintaa, jota tehtiin rinnalla koko prosessin ajan.



Kuvio 14. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien suunnitteluprosessi

Tarve yhteistyöstä sosiaali- ja terveydenhuollon välille syntyi huhtikuulla 2013, jolloin terveydenhuollon fysioterapeutit käynnistivät ikääntyneille suunnatun kotikäyntien toimintamallin. Tässä toimintamallissa oli tavoitteena puuttua mahdollisimman nopeasti ikäihmisten kotona pärjäämiseen fysioterapeutin tekemällä kotikäynnillä, jossa ohjauksen ja neuvonnan avulla ja tarvittaessa apuvälinein sekä asunnonmuutostöiden kartoituksin tuetaan kotona asumista. Äkillinen tarve fysioterapeutin arvioon tulee, jos iäkäs on kotona kaatunut tai kaatuminen on ollut lähellä. Fysioterapeutit pitivät tiedotustilaisuuden 11.4.2013 kunnan kotipalvelun työntekijöille sekä terveydenhuollon kotisairaanhoidajille. Tilaisuuden jälkeen syntyi keskustelua osallistujien kesken siitä, miten yhteistyötä kunnan sisällä voitaisiin kehittää ikääntyneiden palvelujen osalta. Kehittäminen on haasteellisempaa, koska kunnassa sosiaali- ja terveydenhuolto ovat hallinnollisesti eri hallintokuntien alaisia. Keskustelu jatkui terveydenhuollon lähiesimiesten keskuudessa ja asiaa esitettiin ylihoitajalle, joka suhtautui positiivisesti siihen. Opinnäytetyön tekijä oli tässä aktiivisessa osassa, koska tässä oli nähtävillä hyödyllinen opinnäytetyön aihe koskien ikääntyvien hyvinvointia ja palveluiden kehittämistä. Opinnäytetyön tekijä työskentelee aikuisneuvolassa, jossa asiakaskunta koostuu pitkälti muun muassa ikääntyneistä verenpaineasiakkaista.

Kotona asuvien ikäihmisten palveluista toimintakunnassa järjestettiin ensimmäinen kartoittava palaveri 22.5.2013. Palaverin aiheena oli ikääntyneille tarjottavat palvelut. Terveydenhuoltolaissa puhutaan ikäihmisten neuvontapalveluista, joten pohdittiin mitä ne ovat toimintakunnassa. Vanhuspalvelulaki oli astumassa voimaan (kesällä 2013) ja se edellyttää laadukkaita palveluita ikääntyneille, ensisijaisesti kotiin annettavat palvelut on lain vaatimuksen mukaan turvattava. Tarvittaessa palvelutarve on selvitettävä nopeasti ja viivytyksettä. Läsnä olivat kunnan sosiaalisektorilta kotipalveluohjaaja, vanhustyön johtaja sekä perusturvajohtaja. Terveydenhuollosta läsnä olivat opinnäytetyön tekijä (neuvolan vastaava terveydenhoitaja), kotisairaanhoidon vastaava terveydenhoitaja, lääkärin vastaanoton osastonhoitaja, fysioterapian osastonhoitaja sekä fysioterapian ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä pääsääntöisesti tekevä fysioterapeutti sekä ylihoitaja, yhteensä yhdeksän henkilöä. He muodostivat jatkossa mainitun moniammatillisen kehittämiss ryhmän.

Tässä *ensimmäisen kehittämisryhmän tapaamisessa* koettiin tarpeellisena saman pöydän ääreen istuminen ja yhteisten asioiden pohtiminen. Alkuun päästiin, kun jokainen kertoi omasta työsarastaan ja käytiin läpi nykyisiä käytänteitä kunnassa tarjolla olevista ikääntyneiden palveluista. Kunnan ikääntymispoliittinen strategia oli juuri päivitettävänä ja kuntaan oli äskettäin nimetty lakisääteinen ikäihmisten neuvosto. Ikäihmisten palveluesitettä toivottiin päivitettäväksi. Kuntaan oli myös toiveissa seniorikeskus, jossa olisi tarjolla esimerkiksi ikääntyneille maksuton kuntosali. Eläkeläisjärjestöjen osallistumista ikääntyneille tarjottavien toimintojen järjestämiseen pidettiin suotavana. Tällöin ikääntyneiden omat näkökulmat ja toiveet tulisivat tietoon. Palveluneuvojan tarve (ohjaa asiakkaan oikeaan osoitteen) koettiin ilmeisenä. Tulevista sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksista puhuttiin. Tuotiin esille Vaasassa käyttöön otettu ikääntyneiden sähköinen hyvinvointiprofiili 77-vuotiaille suunnattuna. Kunnan sosiaalihuolto ollaan yhdistämässä yhteistoiminta-alueeseen vuoden 2015 alusta. Tämän jälkeen sosiaali- ja terveydenhuolto olisivat saman hallintokunnan alaisia eli Vaasan sosiaali- ja terveysviraston alaisia.

Vanhuspalvelulain (L28.12.2012/980) mukaan ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukeminen edellyttää muun muassa sitä, että kunnan on tarjottava hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä. Niitä tulee tarjota varsinkin niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämäkokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä. Kehittämisryhmän yhteisellä päätöksellä päädyttiin kehittämään kuntaan ikääntyneille suunnattuja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä. Opinnäytetyön tekijä kokosi muistion keskusteluteemoista ja lupautui kartoittamaan käytänteitä muualla hyvinvointia edistävien kotikäyntien osalta sekä perehtymään lakien ja asetusten vaateisiin. Tietoa oli runsaasti saatavilla. Oli sekä kirjallisuutta että Internetistä virallisilta sivustoilta löytyvää materiaalia. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilla oli hyödynnettävissä oma sivusto ikääntyneiden palveluista TOIMIA-tietokannassa ja Ikääntyminen ja toimintakyky -sivustoilta. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien lomakkeet olisivat olleet helpommin laadit-

tavissa, mikäli kesällä 2013 olisi ollut saatavilla nyt valmiina olevat lomakkeet ja ohjeet kuntaliiton Ikääntyneiden palvelut -sivustoilla.

Kehittämisyhmän toisessa palaverissa 12.6.2013 luotiin yhteiseksi toiminnan tavoitteeksi saada kaikki kunnan ikäihmisten kanssa toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat yhteiseen palveluverkkoon. Tavoitteena olisi tehdä toimintaa näkyväksi siten, että tiedetään mitä toiset tekevät. Tällöin olisi mahdollista hahmottaa kokonaisuutta paremmin. Toiseksi tavoitteeksi asetettiin pyrkimys kartoittaa niitä keinoja, joilla voidaan lisätä ikäihmisten keskinäistä sosiaalista kanssakäymistä. Puhuttiin palvelupäivien kehittämisestä ja päivätoiminta-tyyppisen toiminnan aloittamisesta.

Tässä *toisessa kehittämisyhmän kokoontumisessa* otettiin ensisijaiseksi tavoitteeksi aloittaa hyvinvointia edistävät kotikäynnit toimintakunnassa. Päätettiin luoda omaa mallia siten, että käytetään hyödyksi Internetistä jo saatavilla olevia valtakunnallisia ja paikallisia malleja. Yleensä nämä ovat niin laajoja haastattelulomakkeita, että koettiin tarpeelliseksi tehdä paikalliseen käyttöön soveltuva vähemmän ohjaava ja vähemmän aikaa vievä toimintamalli. Tämä siksi, koska ensimmäisen palaverin jälkeen hyvinvointia edistävien kotikäyntien tekijöiksi olivat kiinnostuneita kotisairaanhoidon terveydenhoitajat lisäresursoinnin turvin. Heidän vankkaan ammattitaitoonsa luottaen katsottiin, että suuntaa antava lomake olisi riittävä. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien sisältöalueista ja kohderyhmästä käytiin keskustelua. Päädyttiin tarjoamaan kotikäyntejä 75-vuotiaille, koska fysioterapeutit tarjoavat 70-vuotiaille toimintakyvyn mittauksia. Tällä tavoin saadaan luotua jatkumoa tarjottaviin palveluihin. Pohdittiin myös niitä keinoja, joilla uusi palvelu markkinoidaan. Tässä päädyttiin monen kanavan käyttöön, kuten muistiviikon tapahtumassa 18.9.2013 terveysaseman pääaulassa sekä sen jälkeen pyydetään paikallislehden toimittajaa tekemään vielä tarkempaa juttua. Lisäksi käydään kertomassa ikäihmisten neuvostossa 9.10.2013 tulevasta uudesta palvelusta.

Opinnäytetyön tekijä ja kotisairaanhoidon vastaava terveydenhoitaja työstivät hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä tarvittavaa lomakkeistoa (saatekirje, kysely-

lomake, palaute). Yhteisiä palavereja pidettiin kolme, päävastuun lomakkeiston kehittelystä jäädessä opinnäytetyön tekijälle. Palavereissa luotiin yhteistä linjausta ja lähestymistapaa ja mietittiin ihan konkreettisesti kysymysalueita ja niiden määrittä. Mietittiin muun muassa käynteihin liitettäviä mittauksia, kuten verenpaineen ja sykkeen mittaus. Tavoitteena oli muodostaa kokonaisvaltainen hyvinvointia edistävä kotikäyntien malli, joka ei ole liian sairauskeskeinen. Pääpainon toivottiin olevan enemmän ennalta ehkäisevässä, kuten asumisen turvallisuudessa ja sosiaalisissa suhteissa.

Seuraava palaveri suunniteltiin pidettäväksi 1.8.2013, mutta sitä jouduttiin siirtämään 19.9.2013 saakka, koska lomakkeiston työstämien vei suunniteltua enemmän aikaa. Pari päivää ennen kolmatta kehittämisryhmän tapaamista lomakkeen sisältöalueet ja alustavat kysymykset lähetettiin kehittämisryhmän jäsenille tutustumista varten.

Kolmannessa kehittämisryhmän palaverissa hyvinvointia edistävien kotikäyntien sisällön suunnittelua jatkettiin. Keskusteltiin siitä, mitä tietoa kotikäynneistä kerätään ja mikä olisi *kotikäyntien päätavoite*. Ikääntyneiden hyvinvointi on laaja käsite ja siihen etsittiin painopistettä. Lisäksi uuden palvelun tulee sopia yhteen muiden tarjolla jo olevien tukitoimintojen kanssa. Jos havaitaan esimerkiksi puutteita riittävän ravitsemuksen toteutumisessa, niin mihin ohjataan? Yhdeksi tavoitteeksi asetettiin *palveluista tiedottaminen*, jotta yhteydenottoon ikääntyneillä kotona asuvilla olisi tarvittaessa mahdollisimman matala kynnyks. Ikäihmisten palveluesitteen päivitys pyritään kunnan puolelta saamaan valmiiksi ja kotikäynneillä jaettavaksi vuoden 2014 alusta alkaen.

Kehittämisryhmän kolmannen tapaamisen jälkeen opinnäytetyön tekijä sai lisäeväitä lomakkeiston suunnittelun loppuun saattamiseksi. Kotisairaanhoidon vastaavan kanssa pidettiin vielä yksi tapaaminen, jossa käytiin yhdessä läpi suunniteltua lomakkeistoa. Opinnäytetyön tekijä laitoi mielestään valmiit lomakkeet 18.11.2013 kehittämisryhmän jäsenille kommentteja varten. Muutama huomion arvoinen kommentti tuli. Lomakkeistoon liitettiin vielä ohjeet toimintakyky mitausten suorittamista ja vastausten tulkitsemista varten. Reilun viikon päästä tästä

valmiit lomakkeet pdf-muotoisina lähetettiin kotisairaanhoidon terveydenhoitajille. Tavoitteena oli, että vielä vuoden 2013 aikana lomaketta ehdittäisiin esitestata. Aikataulu osoittautui tässä liian tiukaksi ja esitestaus siirtyi keväälle 2014.

Teemahaastattelut pidettiin maaliskuun alussa 2014. Niiden tavoitteena oli selvittää mistä kotisairaanhoidon työntekijät näkevät ikääntyneiden kotona asuvien hyvinvoinnin koostuvan. Tätä tietoa oli tarkoitus hyödyntää hyvinvointia edistävien kotikäyntien jatkokehittelyssä, jossa esimerkiksi mietittäisiin muita ryhmiä, joille näitä ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä voitaisiin kunnassa tarjota. Tämän toteuttaminen jäi syksylle 2014 eikä näin ollen liity tähän opinnäytetyöhön. Tavallaan teemahaastattelujen hyödyntämisestä ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien toteutumisen tarkastelusta alkaa uusi sykli toiminnan kehittämisessä.

6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Tavoitteena oli kehittää kuntaan hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli, joka tukee ikääntyneiden kotona pärjäämistä. Tavoitteeseen pyrittiin moniammatillisen, kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä lisäävän, kehittämisryhmän toiminnan avulla. Kehittämisryhmän tavoitteena oli aluksi käynnistää kunnassa hyvinvointia edistävät kotikäynnit vuoden 2014 alusta alkaen ja sen jälkeen kytkeä uusi toimintatapa uudeksi toimintamalliksi, joka yhdistää kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kotona asuville iäkkäille tarjoamat palvelut saumattomaksi kokonaisuudeksi.

Tässä kehittämistyössä oli lisäksi tavoitteena selvittää teemahaastattelujen avulla kotisairaanhoidon työntekijöiden näkemyksiä siitä, mistä kotona itsenäisesti asuvien ikääntyneiden hyvinvointi koostuu. Nämä teemahaastattelujen havainnot hyödynnetään kehittämisryhmän toiminnassa hyvinvointia edistävien kotikäyntien toteuttamisen jatkosuunnittelussa.

6.1 Hyvinvointia edistävä kotikäynti

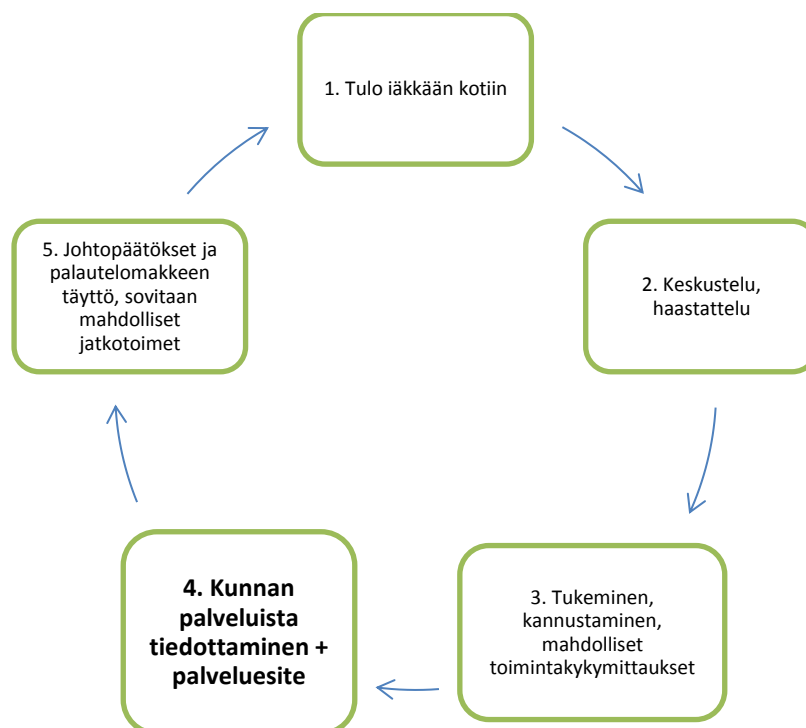
Tämän kehittämistehtävän yhtenä tavoitteena oli kehittää kuntaan hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli, joka tukee ikääntyneiden kotona pärjäämistä. Toimintamallissa saatiin valmiiksi hyvinvointia edistävien kotikäyntien lomakkeet. Tässä ensimmäisessä vaiheessa kotikäyntejä tarjotaan 75-vuotiaille kotona asuville ikääntyneille vuonna 2014. Teemahaastattelujen tuloksia on tarkoitus hyödyntää toimintamallin jatkokehittelyssä syksyllä 2014. Nämä kotikäynnit nähdään eräänlaisena varhaisen puuttumisen mallina, joka sovittaa yhteen toimintakunnassa sosiaali- ja terveydenhuollon kotiin tarjoamia palveluita.

Tämän opinnäytetyön puitteissa uuden toimintamallin rakentuminen jäi nyt opinnäytetyön tekijällä suunnitteluasteelle (liite 6) johtuen monista kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen käynnissä olevista muutosprosesseista. Myös kehittämistyö hyvinvointia edistävien kotikäyntien suunnittelun osalta vaati suunniteltua enemmän aikaa. Näistä tulevista muutoksista suurimpana on kunnan sosiaalihuollon liittäminen osaksi yhteistoiminta-aluetta ensi vuoden alusta alkaen. Hy-

vinvointia edistävät kotikäynnit alkavat kevään 2014 aikana ja niistä karttuneiden kokemusten pohjalta kyetään rakentamaan kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä uutta toimintamallia syksystä 2014 alkaen.

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien osalta valmiina ovat saatekirje, kotikäynnin runkona käytettävä lomake, palautelomake sekä ohjeet kotikäynnin työntekijälle toimintakykytestejä varten. Suunnitellut lomakkeet ovat liitteinä kaksi, kolme, neljä ja viisi.

Ennen suunniteltua kotikäyntiä terveydenhoitaja tiedustelee puhelimitse ikääntyneen kiinnostusta hyvinvointia edistävän kotikäynnin suorittamiseen. Vuoden 2014 alusta alkaen hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä tarjotaan vuonna 1939 syntyneille kuntalaisille. Mikäli iäkäs on kiinnostunut, sovitaan tapaaminen ja lähetetään saatekirje ja kyselylomake kotiin etukäteistutustumista varten. Kotikäynti etenee kuvion 15 mukaisesti.



Kuvio 15. Hyvinvointia edistävä kotikäynti.

Kotikäynnin tavoitteena on tiedottaa kunnan palveluista ja näin madaltaa kynnystä yhteydenottoon, kun avun tarve ilmenee. Kotikäynnin päätteeksi kotiin annetaan

ikäihmisten palveluopas sekä kotikäynnin tehneen kotisairaanhoidon työntekijän yhteystiedot. Tämä on tässä vaiheessa kotikäynnin päätavoite ja siksi se on korostetusti esillä kuviossa 15.

Kotikäynnin tukena täytettävä lomake sisältää seuraavat osa-alueet:

- taustatiedot
- asumisen turvallisuus
- lähipalveluiden saatavuus
- päivittäisistä toimista selviytyminen, liikkuminen
- terveydentila ja toimintakyky -osio sisältää: mieliala, muisti, aistit, ravitus, nautintoaineet ja rokotusasiat
- sairaudet ja lääkitykset
- sosiaalinen verkosto ja osallistuminen
- sosiaaliset etuudet ja avustukset
- mielipideosio

Lomakkeessa on tarkoituksella jätetty Sairaudet ja lääkitykset -osio pieneksi, koska tavoitteena on kartoittaa kotona pärjäämisen vaikuttavia kokonaisuuksia ja välttää liian sairauskeskeistä lähestymistapaa. Mikäli lääkitys- ja sairauksien hoidossa on päivitettävää, ohjataan asiakas tilanteesta riippuen joko aikuisneuvolaan tai lääkärin vastaanotolle. Liikkumiseen ja asumisen turvallisuuteen liittyvissä asioissa ohjataan tarvittaessa esimerkiksi fysioterapiaan.

Toimintakykytestinä tehdään muutama testi, kuten yhdellä jalalla seisominen, tuolilta ylösnousu viisi kertaa ja seisten esineen nostaminen lattialta. Nämä testit ovat samoja kuin viisi vuotta aikaisemmin eli 70-vuotiaille suunnatussa toimintakykytestauksessa. Näin tuloksia voidaan siten tarvittaessa verrata keskenään. Tavoitteena on myös tehdä verenpaineen, sykkeen ja verensokerin mittaukset. Tulokset kirjataan palautelomakkeeseen sekä asiakkaan potilastietoihin. Mikäli kotikäynnillä ilmenee jotain hoidettavaa tai korjattavaa, kirjataan asiat yhdessä palautelomakkeeseen ja sovitaan mihin mennessä ja kuka asian hoitaa. Kotikäynnin yhteenvedosta toinen kappale jää asiakkaalle.

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tavoitteeksi päätettiin kehittämisryhmässä ottaa *kunnan palveluista tiedottaminen*, jotta kynnys yhteydenottoon olisi jatkossa mahdollisimman matala. Kotikäynnin jälkeen asiakas tietää mihin tai keneen hän

voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Kotikäynnillä annettu Ikäihmisten palveluesite on tässä hyvänä muistin tukena. Siihen on kootusti kerätty kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteystiedot ja hiukan tarkempaakin tietoa esimerkiksi apuvälinepalveluista. Lisäksi esitteessä on kunnassa toimivien eläkeläisjärjestöjen yhteystiedot sekä yksityisten siivous-, kauppa- ja korjausapua tarjoavat yritykset muun muassa. Kotikäynnin tekijä jättää myös omat yhteystietonsa myöhempää mahdollista yhteydenottoa varten.

Hyvinvointia edistävään kotikäyntiin on kirjaamisineen syytä varata pari tuntia. Kotikäynnin tekijä kirjaa tehdyn kotikäynnin ja mittaustulokset sähköiseen potilastietojärjestelmään. Mikäli kotikäynnillä sovittiin jotain jatkotoimenpiteitä, hoidetaan ne sovitusti. Tarvittaessa voidaan olla yhteydessä joko puhelimitse uudelleen tai seurantakäynnin merkeissä.

6.2 Teemahaastattelujen tulokset

Opinnäytetyön tekijä lähetti sähköpostitse kutsun teemahaastatteluun Laihian kotisairaanhoidon kaikille seitsemälle (N=7) työntekijälle 24.2.2014. Sähköpostin liitteeksi liitettiin teemahaastattelun runko tutustumista ja haastatteluun valmistautumista varten.

Kotisairaanhoidon työntekijöitä haastattelemalla haettiin vastauksia siihen, mistä itsenäisesti kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointi koostuu sekä toisena teemanä haastattelussa oli selvittää heidän näkemyksiään hyvän ikääntymisen edistämisestä, siihen vaikuttavista ja sitä estävistä tekijöistä. Lopuksi tiedusteltiin työntekijöiden näkemyksiä yhteistyöstä eri ikääntyneiden palveluita tarjoavien toimijoiden välillä sekä mahdollisia yhteistyötä lisääviä kehittämiskeinoja. Teemahaastattelun runko on liitteenä yksi.

Haastatelluista kahdella oli sairaanhoitajan koulutuksen lisäksi myös terveydenhoitajan koulutus. Työkokemusta haastatteluihin osallistuneilla oli vajaasta vuodesta aina lähes 35 työvuoteen saakka. Tärkeää haastattelujen luotettavuuden kannalta on se, että haastateltavien joukkoon tuli pitkän työkokemuksen omaavien lisäksi myös alle vuoden työkokemuksen omaavia. Tällä tavoin saatiin monipuol-

lista näkökulmaa ikääntyneiden hyvinvointiin. Haastateltujen identiteettiä on pyritty suojaamaan poistamalla osa murteellisista ilmauksista suorissa lainauksissa niin, ettei lainausten perusteella voida päätellä vastaajaa. Suorat lainaukset on siksi kirjoitettu pääsääntöisesti yleiskielisinä ja kuitenkin siten, ettei niiden sisältöä ole muutettu.

6.2.1 Kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointi

Kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvoinnin katsotaan koostuvan useista tekijöistä. Tärkeinä osatekijöinä ovat fyysisen toimintakyvyn, koetun terveyden, henkisen toimintakyvyn, sosiaalisten suhteiden, ympäristön, materiaalisen hyvinvoinnin lisäksi onnellisuus ja elämään tyytyväisyys sekä hyödyllisyyden tunne.

Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky oli avainasemassa kotona pärjäämisessä. Kuitenkin fyysisesti huonokuntoinenkin ja apuvälinein liikkuva pärjää pitkään tutussa ympäristössä tehtävien muutostöiden (kynnykset ja matot pois, kahvat avuksi) ja kotiin tarjottavan avun turvin. Ikääntyneillä on yleensä voimakas halu pärjätä omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.

”fyysinen toimintakykyhän hyvin pitkälti on avainasemassa, että kotona pärjää”

”sokeakin pärjää kotona”

Koettu terveys

Monet ikääntyneet kotona asuvat kokevat oman terveytensä huonoksi, vaikka vastaajat itse näkivät asian usein toisin. Omassa kodissaan asuvilla vähän kodin ulkopuolella liikkuvilla ei ole helpostikaan vertailupohjaa omasta voinnistaan ja jaksamisestaan. Silloin sitä helposti kokee itsensä avuttomammaksi kuin onkaan.

”meidän silmissä hyvinkin terve, mutta hän itse kokee sen oman terveytensä huonoksi, kun ei ole vertailupohjaa hänellä”

”toiset kokee itsensä huonokuntoiseksi kuin mitä onkaan”

”monta kertaa se on niin, että kyllä *se* on hyvä kunnos, mutta *minä* en ole, ne kokee toisinpäin tilanteensa monta kertaa”

Henkinen toimintakyky (mieliala, elämän kokeminen merkitykselliseksi)

Henkinen vireys todettiin poikkeuksetta fyysistä toimintakykyä tärkeämmäksi asiaksi, kun puhutaan ikääntyneiden hyvinvoinnista ja kotona pärjäämisestä. Kun mieliala pysyy virkeänä, niin kotona selviytyminenkin onnistuu paremmin. Elämän kokeminen merkitykselliseksi ymmärrettiin haastateltujen mukaan omaksi asiaksi, joka on erillään mielialasta. Heidän mielestään myös ikääntyneet itse käsittelevät mielialan ja elämän kokemisen merkityksellisenä eri asioina.

”kotona ei huvita mikään, eikä osaa mitään, siitä ei sitten tuu mitään”

”sillä elämällä jokin merkitys on, kun se vielä jatkuu, että ei se aina kulje yhteen sen mielialan kanssa, että voi olla sitä mieltä, että sillä elämällä ei enää oo mitään merkitystä mutta silti olla ihan tyytyväinen siihen elämähän ja siihen olemiseen”

”elämäkokemuksen kokeminen merkitykselliseksi on se on vähän niinku niin ja näin, kyllähän suurin osa meidän asiakkaita tietää, että edessä olevat päivät ovat pieni osa verrattuna koko elämähän...päinvastoon monta kertaa ajattelevat, että ovat tiällä ja haitaksi ja sais jo kuulla pois”

Haastatteluista nousi esille myös selkeästi ikääntyneiden tuntema toimettomuus ja yksinäisyys. Yhdeksi syyksi haastateltavat arvioivat sen, että ikääntyneet liikkuvat vain vähän oman kodin ulkopuolelle ja tähän Suomen pitkä ja pimeä talviaika asettaa vielä omat haasteensa.

”kyllä mä ymmärrän nua vanhukset, kun etupääs ollaan neljän seinän sisällä ja odotetaan, että joku tuloo ja sitten on puhelin olemas, mutta tuata siltikin ne kokee yksinäisyyttä, se yksinäisyys on kaikista pahin, ei niin-

kään se liikuntakyky vaan se yksin olo ja sitten, kun ei aina kaikkia muisteta vaikka siellä omaiset tai kuka on käynyt, mä oon tällänen hyljätty”

Sosiaaliset suhteet (verkosto, osallistuminen)

Ihmisten ikääntyessä heidän ympärillä oleva sosiaalinen verkostonsa yleensä harvenee, ympyrät pienenevät. Lapset ja muut omaiset asuvat usein kauempana ja heillä on omat kiireensä. Osa omaisista ei välitä ikääntyvistä sukulaisistaan, mutta jotkut omaisista voivat olla myös ylihuolehtivia. Naapureiden kanssa voidaan olla paljonkin tekemisissä ja he voivat olla suureksi avuksi ikääntyneelle esimerkiksi huolehtien postista ja olla niin sanotusti perään katsojina, joko omasta aloitteestaan tai joskus omaisten toiveesta. Joukkoon mahtuu myös naapureita, jotka eivät välitä eivätkä millään tavalla ole läsnä ikääntyneen naapurinsa arjessa. Usein kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden käynnit ovat viikon kohokohtia.

”kyllähän nää ikäihmiset yksinäisiä on, mutta sitten ajattelen taas näitä jälkipolvia, ei tää nykyelämä oo niin helppoa”

”kun saadaan ne sukulaiset ja erityisesti lapset käymään edes kerran viikossa, jos ei ole kiire se edes kerran viikossa, se olis kova juttu edes kerran viikossa käysivät, ettei se vaadi paljon, se riittää niille (ikäntyneille) kerran viikossa”

”kaikilla ei ole naapureita, mutta suurimmalla osalla on, en tiedä merkitseekö se mitään, hyvä on kun on naapuri, ei vain ole mitään tekemistä naapureiden kanssa”

Lähellä palveluja asuvilla osallistuminen erilaisiin järjestettyihin tapahtumiin, kuten palvelutalolle bingoa pelaamaan ja hartaushetkiin, on helpompaa, mutta sivukyliltä osallistujia on vähän. Seurakunnalta on tarjota ystäväpalvelua kotiin. Palvelupäivät asumispalvelukoti Toiskassa kerran kuukaudessa ovat monelle ikääntyneelle tärkeä sosiaalinen kontakti. Kotoa poistumisen kynnys nousee, mitä kauemmin on kotona omissa oloissaan ja mitä vähemmän yleensä missään liikkuu. Usko itseensä vähenee ja tulee tunne, ettei uskalla lähteä. Jos kotona liikkuminen on

jo hankalaa, sitä vaikeampaa on lähteä kodin ulkopuolelle, koska avustajan tarve tulee ilmeiseksi.

”syрjäkyliltä kyllä se aika vähihin se osallistuminen yhtään mihinkään jää”

”hyvä, että ne viihtyy kotona sitten, mutta yksinäisyys on tosi paha, siihen pitää tulevaisuudessa ottaa sillä lailla, että heille järjestettäisiin enemmän toimintaa”

”jos pärjää jotenkin ja ne ajaa vielä autoa, mä aina kannustan, että sinne harrastuksiin”

”jos saadaan kuljetuspalvelua tai joku tulee hakemaan *en mä mä oon niin huano kuntoon en mäen pysty lähtemähän* elikkä ei enää uskalleta mennä kodin ulkopuolelle siinä tuloo taas se este, se pitää olla niinku koko ajan sellaanen, että joku pönkittääs ettei tulisi sitä, vaikka kerran viikos joka toinen viikkoa, haettaas johonkin että tulis se ulospääsy sieltä kotua”

”pitää olla avustaja mukana”

”tuataas niinku päivähoitohon”

Moni ikääntynyt kokee aiheuttavansa liikaa vaivaa muille, myös omille lapsilleen, eivätkä siksi pyydä apua, vaikka tarvetta olisikin. Kotona pyritään pärjäämään mahdollisimman pitkälle omin avuin.

”hän on aina sanonut, että siitä on vaivaa eikä ole antanut kotipalvelun laittaa ruokaa, hän koki itsensä vaivaksi”

”vaikea ottaa yhteiskunnalta mitään apua saati omilta lapsilta”

Ympäristöulottuvuus (palveluiden saatavuus, asumisen turvallisuus)

Ympäristöulottuvuudella tarkoitetaan tässä asumiseen turvallisuuden ja palveluiden saatavuuden vaikutusta ikääntyneen hyvinvointiin ja kotona pärjäämiseen. Palveluiden saatavuus on hyvä keskustan tuntumassa asuville, mutta syrjäkylille palveluiden ulottaminen on jo haasteellisempaa. Tässä apuun tulevat yksityiset siivo-

us- ja ruokapalvelut. Sivummalla asuvien osalta kauppa-asioinnit hoitaa usein omaiset tai esimerkiksi taksipalvelu, harvoin ikääntynyt itse. Asumisen turvallisuudesta puhuttaessa esiin nousi kaksi tekijää: matot ja tulenteko. Nämä molemmat aiheuttavat riskejä turvalliselle kotona asumiselle, varsinkin sivukylillä, jossa avun saaminen on haasteellisempaa. Kirkolla, lähellä palveluja, ikääntyneet kokevat asumisen turvallisiksi, koska ei tarvitse pelätä ulkopuolisia kaupustelijoita. Tämän kokoisessa kunnassa vielä tunnetaan ja seurataan mitä ympärillä tapahtuu ja aika nopeasti poikkeavat tapahtumat kantautuvat esimerkiksi kotipalvelun tietoon.

”ongelma, että mä saan niille kotiapua, ne asuu niin kaukana, että mä en tahdo saada niille kotiapua”

”kaksi sellaista suurinta haastetta sivukylillä tuo tulenteko ja matot”

Materiaalinen hyvinvointi (elinolot ja toimeentulo)

Tällä hetkellä kotiavun piirissä olevat ikääntyneet ovat pääsääntöisesti syntyneet ennen toista maailmansotaa ja ovat elämässään tottuneet tulemaan toimeen hyvin vähällä rahalla ja materiaalilla. Silti vastaajat ymmärsivät ikääntyneiden olevan tyytyväisiä materiaaliseen hyvinvointiinsa tällä hetkellä. Hyvää toimeentuloa tärkeämpänä vastaajat näkevät ikääntyneiden pitävän kodinomaisia ja tuttuja elinolosuhteita. Omassa kodissa ikääntyneet haluavat asua mahdollisimman pitkään. Toisaalta, kun rahaa on hyvin rajallisesti ikääntyneiden käytössä, he joutuvat miettimään tarkkaan, milloin voivat vierasta apua pyytää. Palvelut kun aina maksavat.

”paljonhan täällä maalla on näitä kansaneläkkeellä toimeen tulevia ihmisiä eli hyvin pienillä tuloilla”

”ei ne ihmiset ole tottuneet mihinkään suureelliseen ja materiaaliin”

”tottuneet vähällä tulohon toimehen”

”ovat tarkkoja rahan käytössä”

”ollahan sitä mukaa kun on rahaa”

”kaikkea on, mitä tarvitaan, kodinomaista”

”jos on oppinut olemaan sellaisessa vähän huonokuntoisemmassa taloos asunnos, ei ne silti tarvitse tai ei ole tyytyväisiä, vaikka pääsisivät hyvään asuntoon asumaan, siellä takana on kuitenkin se niin sanottu *elämän oma koti*, mihinä on elämänsä asunu”

Onnellisuus ja elämään tyytyväisyys (yksinäisyys, itsenäisyys, elämän tavat)

Ikääntyneet kotona asuvat ovat yleensä tyytyväisiä oloihinsa ja heille on tärkeää pitää yllä omia hyviksi havaittuja ja omaa turvallisuuden tunnetta lisääviä tapojaan, kuten siisteyttä ja ruokailutottumuksia. Matot kuuluu tuulettaa ajoittain, ikkunaverhot vaihtaa vuoden aikojen mukaan ja aamu aloitetaan kahvilla sekä puurolla. Omassa kodissa halutaan asua yleensä mahdollisimman pitkään. Harva miettii muuttoa esimerkiksi lähemmäksi omaisia. Yksinäisyys on asia, jota joutuu sietämään ja varsinkin miehille se voi olla hankalaa, kun ei ole mitään mielekästä tekemistä talvisin. Tämän ikäpolven edustajat, jotka ovat syntyneet ennen toista maailmansotaa, ovat tottuneet tekemään jotain hyödyllistä koko siihen asti eletyn elämänsä ajan. Itsenäisyydestään palvelujen piirissä olevat ikääntyneet ovat jo joutuneet joustamaan. Tavallista on, että ulkopuolisen avun ottamista lykätään mahdollisimman pitkään.

”suurin osa on tyytyväisiä siihen elämähänsä omalla laillansa”

”ne on niin vähään tyytyväisiä nää meidän asiakkaat, että siitä saa ittekin voimaa”

”ne olot pitää järjestää niin kun ne on tottunu”

”järjestys on tosi tärkeä, tehdään aina samalla tavalla”

”jotkut vanhuksethan tekee niitä ratkaisuja, että ne muuttaa sinne missä lapset on, mutta sekin on vähän sitten, että kotiutuuko ne sitten sinne uudelle paikkakunnalle”

”monta kertaa tua sivukyliltä tänne keskustaan muuttaminenkin on jo tarpeeksi iso asia ja kauhia ja pelottava, vaikka oman kunnan rajojen sisällä pysytähän”

”talvet on hankalia monelle ja just se tekee, pimiä aika, moni on niiku apaattisempia”

Hyödyllisyyden tunne

Ikääntyneet eivät koe itseään millään tavalla enää hyödyllisiksi. Aikaisemmin, jolloin oli tavallista, että useampi sukupolvi eli samassa taloudessa, oli aina jotain pientä tekemistä ja osallistumista. Nykyään suurin osa ikääntyneistä asuu yksin tai puolisonsa kanssa. Aikaa on itselle aivan toisella lailla kuin aikaisempina vuosikymmeninä eläneillä. Tällä hetkellä, kun pinnalla on suurten ikäpolvien ikääntyminen, haastateltavien mielestä ikääntyneet kokevat itsensä usein vain taakaksi yhteiskunnalle. Tähän vastaajat törmäävät omassa työssään yhä useammin. Haastatelussa nostettiin esille ikääntyneiden turhautuneisuus, toimettomuus ja yksinäisyyden kokeminen. Vastaajat saavat usein toimia ikääntyneiden kannustajina ja positiivisten asioiden muistuttajina.

”ei ne kauhian hyödyllisiksi ittiänsä enää tunne, hyvin hyvin harva meidän asiakkaista enää varsinaisesti enää teköö mitään taikka huolehtii jälkipolvesta tai muutakaan, sitä kauttakaan ei hyödyllisyyden tunnetta saada”

”monella on se, ettei mua enää kukaan tarvitte, mitähän varten mä täällä oon ja onkohan mut jätetty tänne”

”kyllähän niille monet kerrat saa sanua, sulla on lapsenlapset että jokaasella on se oma tehtävänsä täällä”

Vastauksista nousi esille, edellä kerrottujen lisäksi hyvin tärkeänä *virikistyksen merkitys* kotona pärjäämisessä. Pitäisi olla jotain mielekästä tekemistä ja kuntoa ylläpitävää liikuntaa. Sellaista toimintaa, joka on itse kullekin lähellä sydäntä ja josta on aikaisemmin ammentanut itselleen hyvää oloa. Myös *hengellisyys* koettiin yhtenä tärkeänä hyvinvointia lisäävänä tekijänä. Nykyisin ikääntyneiden har-

rastusmahdollisuudet kunnassa ovat rajalliset. Osallistuminen vaatii ikääntyneiltä itseltään aktiivisuutta. Vastauksista nousi esille myös ikääntyneiden niin sanottu *lokeroiminen*. Ikääntyneiden sulkeminen omiksi ryhmikseen, esimerkiksi vanhus-ten palvelutaloihin, jota ei välttämättä nähty parhaana vaihtoehtona. Ikääntyneiden kontaktit muihin ikäryhmiin jäivät silloin vähälle ja tämä koetaan passivoivana tekijänä.

”olis enemmän kerran viikos jotain virkistystä”

”monella pää toimii niin hyvin, että ne ymmärtää, mutta ei ne lähde mil-lään liikkumaan”

”hengellisyys on monelle aika tärkeä, korostuu vielä mitä vanhemmaksi tullahan”

”vanhukset ja lapset pienet lapset... nehän elää, kun ne näköö pieniä lap-sia”

”sellaaset pelkästään vanhusten taloot ei oo pelkästään hyviä”

Kysyttäessä onko jollain edellä mainituista ulottuvuuksista ratkaiseva merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnille ja kotona pärjäämiselle haastatellut olivat yksimielisiä siitä, ettei yksi yksittäinen ulottuvuus ole ratkaiseva. Tärkeimpinä tekijöinä ikääntyneiden hyvinvoinnin ja kotona pärjäämisen alueilta nousi sekä *fyysinen että psyykinen toimintakyky ja yksinäisyyden sietokyky*. Kaikki ulottuvuudet kuitenkin jollain tasolla koettiin tärkeiksi ja niillä nähtiin olevan merkitystä kotona selviytymisessä.

6.2.2 Hyvän ikääntymisen edistäminen

Haastatelluilta tiedusteltiin millaisin keinoin ikääntyneiden kotona pärjäämistä voitaisiin eri tahojen toimesta tukea. Tukikeinoja kysyttiin varsinkin fysioterapian, aikuisneuvolan ja jonkin muun mahdollisen organisaation järjestämänä.

Haastateltavat kertoivat tyytyväisyydestään fysioterapian tarjoamiin palveluihin. Fysioterapiasta tehdään kotikäyntejä kotona pärjäämisen ja liikkumisen turvaami-

seksi niissä tilanteissa, joissa ikääntynyt on kaatunut tai on ollut vaarassa kaatua. Pelkkä hoitajan tai lääkärin yhteydenotto fysioterapiaan riittää, lähetettä ei tässä tilanteessa tarvita. Fysioterapiasta on myös mahdollisuus saada apuvälineitä väliaikaiseen ja tarvittaessa pidempiaikaiseen lainaan. Viime vuoden aikana fysioterapiassa on perustettu niin sanottu Pysy pystyssä -ryhmä. Ryhmä on ilmainen ja tarkoitettu kaikille ikääntyneille, jotka kokevat tasapainonsa huonoksi tai ovat kaatuneet, joko kerran tai toistuvasti. Keväällä 2014 ryhmiä oli kaksi ja ne koontuivat viikoittain. Fysioterapian tarjoamia yksittäisiä kotikäyntejä sekä ryhmäliikuntamahdollisuuksia toivottiin vielä lisää. Toiveena olisi saada liikuntapalveluja myös lähemmäksi tarvitsijoita, hyödyntäen esimerkiksi koulujen liikuntasaleja.

Aikuisneuvolan palveluihin, diabetes- ja verenpainecontroleihin sekä rokotusasioihin, oltiin tyytyväisiä. Tarvittaessa tarvittavaa ohjeistusta saatiin nopeasti soitettamalla. Toiveena esitettiin kirjalliset ohjeet, joita haluttiin kotihoidon työntekijöiden käyttöön insuliinien pistämisestä ja annostuksen säädöstä. Toivottiin myös aikuisneuvolan työntekijöiden jalkautuvan esimerkiksi palvelupäiville kertomaan kaikenlaisen omahoitoon liittyvistä asioista. Pieniä lyhyitä tietopaketteja toivottiin ravitsemuksesta ja lääkityksen toteutukseen liittyviin asioihin.

Puolet haastatelluista näki kunnassa tällä hetkellä tarjolla olevan kotipalvelun kotikäyntien määrän tarpeeseen nähden riittämättömänä. Varsinkin sivukylille kotipalvelua tarvittaisiin nykyistä huomattavasti enemmän, jotta ikääntyneen kotona ehdittäisiin käydä tarvittaessa useamman kerran saman päivän aikana. Yksityisiä siivous- ja kauppa-apuja on tarjolla jonkin verran ja ne kattavat koko kunnan alueen.

Keskusteluissa nousi esiin myös tekniikan mahdollisuudet ja uhat. Turvapuhelimet ovat hyvä apu, mutta ne eivät saa korvata ihmistä ja kanssakäymistä. Yhteisöllisyyttä ja osallistumismahdollisuuksia toivottiin lisää kaikkien haastateltavien kertomana. Järjestettävien tilaisuuksien tulisi olla *pienimuotoisia*, koska ikääntyneet eivät välttämättä lähde suuriin ryhmiin ja väkijoukkoihin. Pieni tuttu porukka on kokemusten mukaan paras, jotta kaikki halukkaat uskaltavat lähteä mukaan.

Esimerkkinä nousi ehdotus vanhojen kotimaisten elokuvien näyttämisestä pienelle ryhmälle, johon mukaan lähteminen ei vaadi mitään erityistä valmistautumista. Voi vain lähteä mukaan ja nauttia toisten seurasta sekä vähän elokuvastakin. Myös vierailut museoihin nostettiin esille yhdessä vastauksessa tärkeänä kolmannen sektorin järjestämänä toimintana. Samoin voitaisiin hyödyntää Suomen rikasta luontoa ja neljää vuodenaikaa.

”...että ne sais kokea sitä mikä niillä on ollut elämänsä varrella ja nuoruudessa semmosta vanhaa aikaa, mitä ne on eläny silloin, kun ne on tehny töitä ja olleet terveitä ja olleet hyödyllisiä niitten siihen kun keksiis jotakin...”

”elokuvan näyttäjiä...kun sä tavallaan oot teatteris...”

”museoretki, Suomes on vuodenajat siihenkin liittäen”

6.2.3 Esteitä kotiin tarjottavien palveluiden toteuttamiselle

Haastatteluissa nousi esiin muutamia esteitä kotiin tarjottavien palveluiden toteuttamiselle. Suurimmaksi esteeksi haastattelujen perusteella nousi tarjottavien palveluiden *maksullisuus*. Myös tekniikan käyttö maksaa, kuten turvapuhelimen käyttö, josta peritään kuukausimaksua.

Toisena merkittävänä tekijänä, miksi tarjolla olevia palveluita ei haluta, nähtiin *pohjalainen luonne*. Täällä on totuttu tulemaan omillaan toimeen ja kynnys avun ottamiselle on siksi kovin korkealla. Varsinkin pitkään itsenäisesti pärjänneillä ikääntyneillä pariskunnilla on ulkopuolisen avun ottaminen iso asia. Yleensä kotonan on sitä ennen yritetty kaikin mahdollisin keinoin tulla toimen omillaan. Silloin on jo vaarana parempikuntoisenkin uupuminen, kun taakka käy liian raskaaksi.

”tämä pohjalaan luonne, ne vähän pelekää, että me ruvetaan määräämähän”

”kun on tottunut pärjäämähän itte eli ei nähdä sitä omaa vajavuutta toimintakyvyys tai ei haluta apua ottaa vastaan, ollaan epäluuloisia toimijoita kohtaan”

Kolmantena merkittävänä tekijänä voidaan *pitää kunnan sisällä olevia pitkiä etäisyyksiä ja hoitotyöntekijöiden määrällistä vähyyttä*. Matkat vievät suhteessa paljon aikaa ja se kaikki on poissa varsinaisista työtehtävistä. Kotiin tarjottavissa palveluissa tarvittaisiin tulevaisuudessa runsaasti lisää työntekijöitä.

6.2.4 Yhteistyön edistämisen keinoja kotiin tarjottavissa palveluissa

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelu olivat tiimiytyneet marraskuulla 2013 ja heidän yhteistyönsä kotiin tarjottavien palveluiden suhteen toimi nyt hyvin haastateltujen mielestä. Tiimiytyminen oli lisännyt ymmärrystä toisten työhön ja tuonut myös uutta näkökulmaa ikääntyneiden kotona pärjäämiseen. Myös yhteiset palaverit eri tahojen kesken lisäsivät näkemystä ja loivat uusia mahdollisuuksia. Viimeisimpänä oli kotisairaanhoidon ja seurakunnan diakoniatyön yhteinen palaveri.

Osa haastatelluista näki hyvinvointia edistävät kotikäynnit uutena mahdollisuutena lähestyä ikääntyneitä. Niistä toivottiin uutta työkalua ja niiden käyttöä tullaan laajentamaan esimerkiksi juuri leskeytyneiden ja muiden äskettäin ison muutoksen läpikäyneiden pariin. Vuonna 2014 nämä hyvinvointia edistävät kotikäynnit suunnataan kunnassa 75 vuotta täyttävälle.

Moni ikääntynyt toimii omaishoitajana läheiselleen. Haastatteluissa nousi esille omaishoitajina toimivien asema. Heille toivottiin lisää lomapäiviä ja mahdollisuutta käyttää nykyistä useammin tehostetun palveluasumisen tarjoamia loma- paikkoja. Päivätoiminnan käynnistämisestä toivottiin myös helpotusta omaishoitajien arkeen. Päivätoimintaa ollaan kunnassa käynnistämässä vuoden 2014 aikana.

Yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa nähtiin paljon mahdollisuuksia. Seurakunnalla on jo nyt tarjota jonkin verran ystävätoimintaa, 4H tarjoaa kaupassakäyntiapua, eläkeläisjärjestöt järjestävät retkiä ja liikuntatuokioita muun muassa. Vapaaehtoisten avustajien tarve ikääntyneiden osallistumisen turvaamiseksi on ilmeinen ja myös kuljetuspalvelut ovat jatkossakin merkittävässä osassa.

7 TULOSEN TARKASTELUA

Tämän opinnäytetyön tavoitteina oli selvittää, mistä tekijöistä kodeissaan itsenäisesti asuvien ikääntyneiden hyvinvointi koostuu sekä kehittää kuntaan hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamallia, joka tukee ikääntyneiden kotona pärjäämistä. Toimintamallin suunnittelussa pohjana käytettiin sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehistä koostuvaa kehittämisryhmää ja ryhmän toiminnan tuotoksena syntynyttä hyvinvointia edistävien kotikäyntien lomakkeistoa. Kotisairaanhoidon työntekijöitä haastatteleamalla saatiin työntekijöiden näkökulma uuden toimintamallin kehittämiseen mukaan. Uusi toimintamalli rakentuu näin hyvinvointia edistävien kotikäyntien ympärille.

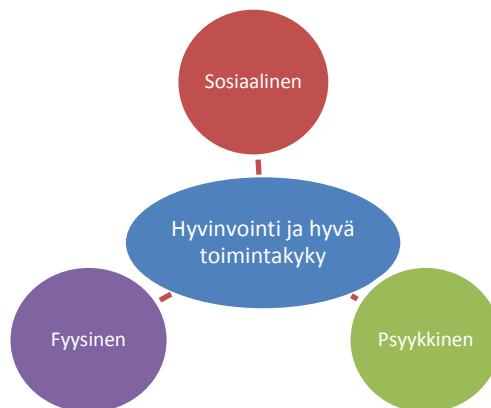
7.1 Teemahaastattelujen tuloksista

Tässä käydään läpi teemahaastattelujen keskeisimpiä tuloksia ja esitellään hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli. Teemahaastatteluissa nousi esille psyykkisen hyvinvoinnin ja kulttuuriharrastusten merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnille. Lisäksi yksinäisyydellä kokemisella ja asuinympäristöllä on merkitystä kotona pärjäämiseen. Esille nostettiin vielä käsitteenä koherenssin tunne, jolla lähestytään elämän merkityksellisyyden kokemusta.

7.1.1 Psyykkisen toimintakyvyn merkitys hyvinvoinnille

Teemahaastatteluissa tärkeimmiksi kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointiin vaikuttaviksi tekijöiksi nousivat *fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky*. Tulosta voidaan havainnollistaa kuvion 16 avulla. Hyvinvointiin ja hyvään toimintakykyyn vaikuttavat osa-alueet ovat keskenään samanarvoisia ja niitä kaikkia tarvitaan hyvinvoinnin ja hyvän toimintakyvyn turvaamiseksi. Haastatteluissa nousi esille *psyykkinen toimintakyky* ja sen tärkeä merkitys arjessa selviytymiseen. Huono fyysinen kunto ja liikuntakyky pelkästään eivät haastateltujen mielestä ole kotona pärjäämisen este, mutta huono psyykkinen toimintakyky on. Psyykkiseen toimintakykyyn katsotaan tässä kuuluviksi mieliala, elämän kokeminen merkitykselliseksi sekä onnellisuus ja elämään tyytyväisyys. Psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi on tärkeää huolehtia erilaisten tiedollisten toimintojen harjoittami-

sesta ajattelu- ja oppimistoiminnoin, kuten toimiminen monenlaisten harrastusten parissa (Ruoppila 2003, 147).



Kuvio 16. Hyvinvointi ja hyvä toimintakyky. (mukaellen Nurmiraanta, Leppämäki, Horppu 2009, 140).

7.1.2 Kulttuuriharrastusten merkityksestä hyvinvoinnille

Teemahaastattelussa ehdotettiin ikääntyneiden virkistystoiminnan lisäämistä toimettomuuden ja yksinäisyyden vähentämiseksi. Mielekkäällä tekemisellä on mielellään kohottava vaikutus. Ideana nostettiin esille muun muassa museoretki ja elokuvien katselu. Kulttuuri- ja taideharrastusten on tutkitusti todettu parantavan ihmisten hyvinvointia ja terveyttä. Esteettisellä kokemuksella on itsenäinen arvo. Taiteella voidaan tukea ihmisen autonomisuutta ja kokemusta omasta hyvydestä ja taiteen avulla voidaan myös panna ihmisen mieli liikkeeseen. (Hyypä & Liikanen 2005, 7.)

Ruotsalaisten tutkimusten mukaan kulttuuria harrastavat elävät kulttuuria harrastamattomia pidempään. Myös Pohjanmaan väestöä tutkimalla on osoitettu, että vapaa-ajan yhdistystoiminta, ystävyysverkosto ja aktiivinen kulttuuriharrastustoiminta liittyvät hyvään terveyteen. Lisäelinvuosien mahdollisuutta lisäävät aktiivinen harrastustoimintaan osallistuminen, esimerkiksi musiikki-, teatteri-, kirjallisuus-, elokuva- ja käsityöharrastukset sekä vapaa-ajan opiskelu. Vaikutuksen suunta on nimenomaan *osallistuvasta harrastustoiminnasta terveyteen*. Sosiaalinen pääoma voi selittää kulttuuri- ja taideharrastuksen vaikutuksen. Juuri sosiaali-

sen pääoman sisältämä me-henki ja yhteisöllisyys kuvastavat vuosikymmenien aikana syntynyttä elämäntapaa, johon yhteisön jäsenet ovat tavallaan huomauttaen kasvaneet. Näin ollen monipuoliset kulttuuritoiminnot ja harrastaminen kuuluvat pitkäikäisten väestöjen ja yhteisöjen elintapaan. (Hyypä & Liikanen 2005, 86.)

Musiikin on todettu myös vaikuttavan ihmisten hyvinvointiin. Musiikkia, kuten muitakin taiteita, harrastetaan yhdessä, koetaan yhdessä ja nautitaan yhdessä. Musiikki, tanssi ja niihin olennaisesti kuuluvat riitit yhdistävät yksilöitä ihmisryhmitse, on yhdistänyt jo vuosisatoja. Aivotutkijat ovat kyenneet vahvistamaan musiikin sosiaalistavan vaikutuksen. Musiikin on todettu aktivoivan esimerkiksi oksitosiinijärjestelmän, minkä taas tiedetään lisäävän ihmisten sosiaalisuutta ja kanssakäymistä. Aivotoiminnan kemiallinen ja sähköinen mittaaminen osoittavat, että musiikki synkronoi aivotoimintaa. (Hyypä 2013, 101–104.)

Ruotsalaistutkijat Konlaan (2002) ryhmineen ovat tutkineet kulttuuriharrastusten yhteyttä eloonjäämisen mahdollisuuteen (kuoleman vaarasuhteeseen), kun useimmat tavalliset terveyden vaaratekijät on vakioitu. Kyseessä on kahdelle vuosikymmenelle ulottuva pitkittäistutkimus, johon osallistui yli 15000 aikuista ruotsalaista. Tuloksia saatiin muun muassa kulttuuritilaisuuksissa käymisen ja sen vaikutuksesta suhteessa elinikään. Taulukossa 3 on todettavissa, että museoissa, konserteissa, elokuvissa ja taidenäyttelyissä käyneiden eloonjäämisen mahdollisuus on suurempi kuin niiden, jotka eivät kyseisissä tilaisuuksissa käy. Yllättävää kyllä kirkossa sekä urheilukilpailuissa ja teatterissa käyminen eivät tämän tutkimuksen mukaan näyttäisi vaikuttavan eloonjäämisen mahdollisuuteen lisäävästi. Tutkimuksissa ei huomioitu ihmisyyhteisön sosiaalisen pääoman vaikutusta, vaikka kulttuuritilaisuuksissa vieraileminen on yhteisöllinen tapahtuma ja kuvastaa sosiaalista pääomaa. Sekä elokuvissa, konserteissa että taidenäyttelyissä kohdataan muita ihmisiä, joihin on helppo luottaa. *Luottamus ja osallistuminen* ovat sosiaalisen pääoman tärkeimpiä ominaisuuksia. Ruotsalaistutkimusten tulokset saattavat johtua kulttuuri- ja taidetilaisuuksiin osallistumisena ilmenevästä *yhteisöllisyydestä*. Useimmissa kulttuurin terveystutkimuksissa selvittävässä tutkimuksissa on ollut painopiste juuri yhteisöllisyydessä. (Hyypä & Liikanen 2005, 88–90.)

Taulukko 3. Eri kulttuuritilaisuuksissa käymisen vaikutus elinikään. (Konlaan 2002 kirjasta Hyyppä & Liikanen 2005, 89.)

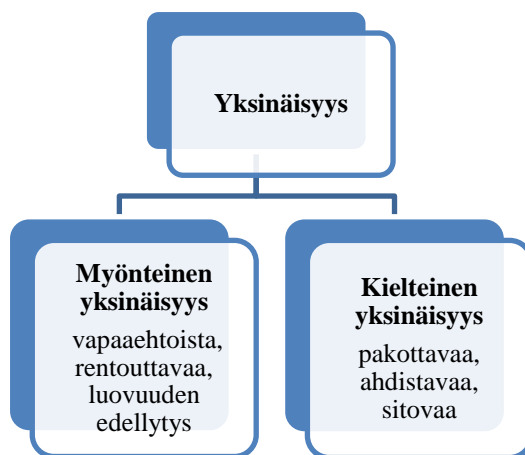
KULTTUURITILAISUUS	VAIKUTUS ELINIKÄÄN
Museoissa käyminen	+++
Konserteissa käyminen	++
Elokuville käyminen	+
Taidenäyttelyissä käyminen	+
Penkkiurheilu	0
Kirkossa käyminen	0
Teatterissa käyminen	0

Yhteisöllisyyden taustaa vasten voidaan ajatella, että museoissa käydessä ihminen kohtaa omaa menneisyyttään ja hän ehkä kokee, että hänen elämällään on ollut selkeästi jokin tarkoitus. Hän tietää kuuluvansa johonkin, olevansa osa sukupolvien ketjua. Oma eletty elämä kyetään sitomaan näin kiinteäksi kokonaisuudeksi. Nyt ikääntyneiden kohdalla tämä ajatus voi hyvinkin pitää paikkansa. Heidän elämänsä aikana on yhteiskunnassa koettu yhteenkuuluvuutta käytyjen sotien ja lama-aikojen vuoksi. Perheellä oli aikaisempina vuosikymmeninä laajempi merkitys, kuin nykyisellä ydin- ja uusioperheellä. Nykyisin ihmiset ovat enemmän yksilöitä, kuin jonkin yhteisön jäseniä. Yksinasuvien osuus 75 vuotta täyttäneistä oli Vaasan ja Seinäjoen seutukunnissa vuonna 2012 prosentteina 45,5. (SOTKANet 2014.)

7.1.3 Yksinäisyyden vaikutukset hyvinvointiin

Toimettomuus ja *yksinäisyys* todettiin kotona asuvien hyvinvointia uhkaavina tekijöinä. Liikkumisen vähentyessä myös sosiaalisen suhteiden verkko herkästi harvenee. Yksinäisyys voidaan jakaa myönteiseen ja kielteiseen kuvion 17 mukaisesti. Myönteinen yksinäisyys (solitude) on vapaaehtoista, rentouttavaa ja usein se on luovuuden edellytys. Se mahdollistaa eletyn elämän tarkastelun rauhassa, asioiden arvottamisen kertyneen elämäkokemuksen viisaudella ja mielenrauhan saavuttamisen. Kielteinen yksinäisyys (loneliness) on pakottavaa, ahdistavaa, eikä siitä aina pääse ulos omin avuin. Se voi ilmetä pelottavana, jos joutuu yksin kohtamaan suuria elämänmuutoksia ja luopumisia, kuten läheisen kuoleman, oman toimintakyvyn heikkenemisen tai vieraaseen asuinympäristöön muuton. Myönte-

nen ja kielteinen yksinäisyys voivat ilmetä myös samanaikaisesti, esimerkiksi omaishoitajana toimineen puolison jäädessä yksin hoidettavan kuollessa. Ikääntyneiden yksinäisyydestä puhuttaessa tarkoitetaan yleensä kielteistä, kärsimystä aiheuttavaa yksinäisyyttä. (Routasalo 2010, 411.)

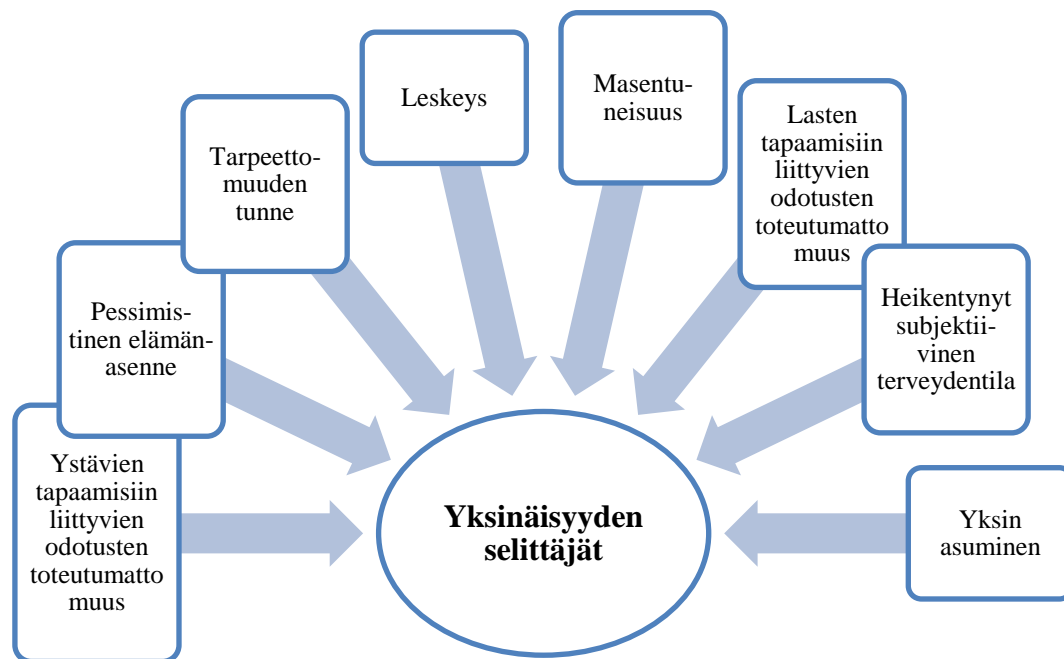


Kuvio 17. Myönteinen ja kielteinen yksinäisyys. (Routasalo 2010, 411.)

Yksinäisyys, masentuneisuus ja sosiaalinen eristäytyneisyys liittyvät läheisesti toisiinsa. Sosiaalista eristäytyneisyyttä kyetään mittaamaan. Mittaus perustuu ulkoiseen havaittavuuteen sosiaalisista kontakteista ja sen toimivuudesta. Sosiaalista eristäytyneisyyttä hoidetaan lisäämällä sosiaalisia kontakteja. Yksinäisyys johtaa helposti sosiaalisen eristäytyneisyyden lisäksi heikentyneeseen toimintakykyyn. Toimintakyvyn laskiessa sairastelu lisääntyy ja siten tarvittavan ulkopuolisen avun määrä kasvaa. (Routasalo 2010, 412, 415.)

Suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, että kaikki psyykkistä hyvinvointia mittaavat tekijät olivat yhteydessä yksinäisyyden kokemukseen. Näitä tekijöitä ovat muun muassa elämään tyytyväisyys, tarpeellisuuden tunne, elämänlaatu ja onnellisuus. Ikääntyneiden yksinäisyyttä selittävistä tekijöistä on kuviossa 18. Merkittävimmät yksinäisyyttä selittävät tekijät ovat tutkimuksen mukaan masentuneisuus, leskeys, tarpeettomuuden tunne, pessimistinen elämänasenne, ystävien ja lasten tapaamisiin liittyvien odotusten toteutumattomuus, yksin asuminen sekä heikentynyt subjektiivinen terveydentila. (Routasalo 2010. 414.) Yksinäisyyden

taustalla olevista tekijöistä osa on normaaliin elämäntapaan kuuluvia, kuten leskeys, ja osa johtuneen ihmisen tavasta reagoida ympärillä tapahtuviin asioihin.



Kuvio 18. Ikääntyneiden yksinäisyyttä selittävät tekijät. (Routasalo 2010, 414.)

Bond ja Corner (2004, 39–42) käyttävät termiä *sosiaalinen tukiverkko* (alun perin Wenger 1984) kuvaamaan niitä tukitoimia, joilla ikääntyneen sukulaiset ja ystävät muodostavat läheisensä ympärille esimerkiksi sairastumisen yhteydessä. Tämä edellyttää perheeltä yhteistä näkemystä ja sitoutumista. Perheillä voi olla monenlaisia turvaverkkoja, riippuen perheen yhtenäisyydestä. Turvaverkon laajuudella ja lujuuudella on vaikutusta myös ikääntyneen yksinäisyyden kokemuksiin.

7.1.4 Ympäristön merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnille

Ikääntyneelle *asuinympäristön ja paikan merkitys* hyvinvoinnille nousi esille teemahaastatteluissa. Puhuttiin *elämän omasta kodista* ja ikääntyneiden halusta asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.

Ikääntyneiden määrä nähdään haasteena myös asumisratkaisujen suunnittelussa, koska tulevaisuudessa entistä suuremman osan asuntokannasta tulee soveltua ikäihmisille. Jo 2020-luvulla lähes 40 prosenttia asunnoista on 65 vuotta täyttäneiden käytössä. Suomessa on alettu puhua *omaehtoisen ikääntymisen haasteista*, kun puhutaan ikääntyneiden asumiseen liittyvistä kysymyksistä. Omaehtoinen ikääntyminen sisältää oman elämäntyylin ja arvomaailman huomioon ottamisen, jossa ikä yksin ei ole määräävä tekijä. Ikääntyneiden subjektiivista hyvinvointia luovat riittävä itsenäisyys, yhdessäolo sekä aikaan ja ympäristöön liittyvät tekijät. Asuinympäristössä tulee ennakoida ihmisten pidentynyt elinikä ja luonnollinen toimintakyvyn aleneminen. Ensimmäisenä ikäihmisillä tuottaa hankaluuksia rapusissa kulku, pidemmän matkan kävely sekä sosiaalisten suhteiden ylläpito. Vaikeuksia voi tuottaa myös ulospääsy omasta kodista. Seuraavaksi vaikeuksia tuottavat siivous, ruoanlaitto ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen. Asuinympäristön pysyvyydellä on todettu olevan monia positiivisia vaikutuksia ikääntyvien selviytymiseen ja mielialaan. (Välikangas 2006, 13–15.)

Vanhan ihmisen ympäristön tunnetekijään ja sen persoonallisuutta säilyttävään merkitykseen kiinnitettiin huomiota 1980-luvulla. Huomion sai kiinnittyminen kotiin. O'Bryantin (1982) mukaan on neljä keskeistä subjektiivista arvoa, jotka selittävät, miksi iäkkäät ilmaisevat olevansa tyytyväisiä asumiseensa ja osoittavat syvää kiintymystä kotiin, vaikka asunnon objektiivinen laatutaso olisikin huono. Koti muodostaa perheidentiteetin symbolin ja on perheen jatkuvuuden osoitus. Toiseksi kodin merkitys kytkeytyy siihen, millaisia taloudellisia kustannuksia muutos aiheuttaisi. Kolmanneksi kodin arvo statuksena ja symbolina on subjektiivinen arvotekijä. Ikääntyneet kiinnittyvät kotiinsa voimakkaasti, koska kotiympäristö vahvistaa selviytymisen tunnetta ja ylläpitää kykyä jatkaa tehokasta toimintaa. Rowlesin mukaan *perhekeskeisesti suuntautunut ikäihminen* muistaa kodin iloisten perhetapahtumien ja lasten leikkien paikkana. Tämä niin sanottu *muistojen koti* myös jatkoi elämäänsä monilla tavoilla ikääntyneiden mielessä. Lasten tullessa kotiin käymään, laitettiin se muistojen mukaiseen kuntoon. Lisäksi koti oli ennen myös syntymän ja kuoleman muistomerkki. Se oli paikka, jossa omat vanhemmat olivat kuolleet ja omat lapset syntyneet. Tällaisena koti oli ainutlaatuinen ja lähes *pyhä* perheen keskuspaikka. (Sarola 1994, 122–123.)

7.1.5 Koherenssin tunne

Teemahaastattelujen mukaan ikääntyneet harvoin enää kokivat itsensä hyödylliseksi. Elämän kokeminen merkityksellisenäkin oli ”vähän niin ja näin”. Koherenssin tunnetta Antonovskyn (1985) mukaan ilmaisee se, että elämä tuntuu järkevältä, ongelmat ovat ratkaistavissa kohtalaisen hyvin ja niiden ratkaisemista pidetään merkityksellisenä. *Koherenssin tunne* on melko vakaa ominaisuus, joka säilyy ihmisen ikääntyessä ja saattaa jopa vahvistua iän myötä. Hänen mukaansa vahvalla koherenssin tunteella saattaa olla aivan erityinen merkitys, kun ikääntynyt kohtaa erilaisia ikääntymiseen liittyviä haasteita. Haasteet voivat olla onnekkaita tai vaikeita tapahtumia ja muutoksia. Erityisen merkityksellisiä Antonovskyn mukaan ovat toistuvat tapahtumat, sosiaalinen arvostus, lahjojen antaminen ja valta. Siksi juhlapyhät ja perheiden vaalimat perinteet toistuvina tapahtumina tuottavat *jatkuvuuden kokemuksia*, jotka vahvistavat elämänkulun ja oman elämän ymmärrettävyyttä. Vahvalla koherenssin tunteella on todettu olevan selvä yhteys ihmisen hyvinvointiin. (Fried 2013, 27–28.)

7.2 Hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli

Toisena kehittämistehtävän tavoitteena oli kehittää kuntaan hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli. Sosiaali- ja terveydenhuollon esimiesten muodostama kehittämisryhmä päätyi alkukartoituksen jälkeen luomaan kuntaan ensin *hyvinvointia edistävien kotikäyntien toimintamallin*, joka tukee ikääntyneiden kotona pärjäämistä. Näitä kotikäyntejä tekevät kotisairaanhoidon terveydenhoitajat kevästä 2014 alkaen oman työnsä ohessa. Liitteinä ovat toimintamalliin kehitetyt lomakkeet kotikäynnin toteuttamista varten. Oman mallin luomiseen päädyttiin, koska tarjolla olevat mallit koettiin liian laajoiksi tilanteen kartoituksiksi. Niitä ei siksi koettu mielekkäinä. Lisäksi kotisairaanhoidon terveydenhoitajat olivat kiinnostuneita laajentamaan omaa työnkuvaansa terveyden edistämisen suuntaan.

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tavoitteeksi kehittämisryhmässä asetettiin kunnan *palveluista tiedottaminen*. Vaaraman (2004) tutkimuksessa todettiin tarpeen ja avun kohtaamisessa, ikääntyneiden toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä kotona tutkittaessa, olevan selviä ongelmia. Palveluita ei käytetty, vaikka

tarvetta olisi ollut ja toisaalta palveluita käytetään, vaikka ei olisi fyysisestä toimintakyvyn vajauksesta johtuvaa tarvetta. Tukipalveluista ja kuntoutuspalveluista vajeus osoittautui suurimmaksi. Palveluiden käyttämättömyyden syyksi todettiin *tiedon puute*. Tutkimuksen mukaan joka kolmas palveluja käyttämätön ei tiennyt, mitä palveluja kunnalla olisi tarjolla ja joka neljäs ei tiennyt, missä niitä olisi saatavana. (Mäkelä 2011, 13.)

Liitteessä 6 on kuvattu Hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli, opinnäytetyön tekijän näkemyksenä. Keskiössä on kotona asuva hyvinvoiva ikäihminen. Hänen ympärilleen on muodostettu kotona asumista tukevista tekijöistä koottu *verkosto*. Kuvion kivijalan muodostavat kotipalvelun, kotisairaanhoidon, yksityisten palveluntuottajien ja eri järjestöjen tarjoamat kotona asumisen mahdollistavat palvelut. Ikääntyneen omaiset ja lapset sekä muut läheiset ovat myös tukiverkossa mukana ja heidän merkitystään oman ikäihmisen hyvinvoinnille tulisi korostaa, myös mahdollisen avun antajina (vrt. Bond & Corner.)

Fysioterapian tarjoamat palvelut ovat tärkeitä kotona asumista tukevia palveluita. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien merkitys selkeytyy jatkossa. Vuonna 2014 niitä tarjotaan 75 vuotta täyttävälle. Jatkossa niitä voidaan tarpeen mukaan tarjota myös muille ikäryhmille. Mikäli ikääntynyt ei halua kotikäyntiä, voisi hänelle jatkossa tarjota määräajoin toteutettavia terveystarkastuksia aikuisneuvolassa. Ihmisten eliniän pidentyessä nämä terveystarkastukset voidaan nähdä työterveyshuollon jatkeena. Tulevaisuuden suunta on järjestöissä ja kolmannessa sektorissa sekä ikääntyneiden osallistumisessa itseään koskevien palvelujen suunnitteluun ja toteutukseen. Näin toimien saadaan ikäihmisten oma ääni kuuluville.

Yhtenä merkittävänä tekijänä jatkossakin ovat kuljetuspalvelut. Niiden merkitys on virkistykseen ja sosiaalisen verkoston ylläpitämisen mahdollistajana tärkeä ellei ratkaiseva. Kuljetuspalveluja lisäämällä luodaan ikääntyneille mahdollisuus aktiiviseen osallistumiseen omien voimavarojen ja kiinnostusten kohteiden mukaan.

8 POHDINTA

Tämä kehittämistyö alkoi keväällä 2013, jolloin käynnistettiin aikaisempaa tiiviimpi vuoropuhelu toimintakunnan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Käytännön suunnittelu ja palaverit etenivät alusta lähtien paljon kirjoittamista nopeammin. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin joulukuulla 2013. Sen jälkeen kirjoittaminen vasta alkoi. Kehittämispäiväkirjasta ja kokousmuistiinpanoista oli ratkaisevaa hyötyä kirjoittamisessa. Havainnoinnin osuus jäi suunniteltua pienemmäksi, koska kirjoittaminen tapahtui pitkän ajan kuluttua toiminnasta eivätkä kirjatut asiat olleet havaintojen osalta tarpeeksi seikkaperäisiä.

Teoriaan perehtyminen vei paljon suunniteltua enemmän aikaa. Hyvinvointi käsitteenä oli laaja ja tulkintoja useita. Teoriasta haettiin niitä painopistealueita, joihin kotikäyntejä sisällöllisesti kannattaisi suunnata. Tavoitteena oli saada sellainen toimintamalli, josta aidosti olisi hyötyä ikäihmisten hyvinvoinnille. Lisäksi tavoitteena oli, kehittämisryhmän toiminnan käynnistyessä, yhtenäistää jo tarjolla olevat kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon iäkkäille kotiin tarjoamat palvelut. Jälkimmäinen osoittautui liian laajaksi haasteeksi ja lopulta uuden toimintamallin suunnittelu rajattiin hyvinvointia edistävien kotikäyntien käynnistämiseen.

Liitteenä oleva toimintamalli (liite 6) on opinnäytetyön tekijän oma näkemys hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamallista. Oman työn ohessa toteutettuna kehittäminen oli vaativaa, vaikka Stenvall ja Virtanen (2012) teoriassa näkevät asian tulevaisuuden tapana. Lisäksi kehittäminen vaatii aikaa ja varsinkin kartoitusta ja perusteet kehittämiselle on hyvä olla selvillä sekä perusteltuina, jotta tiedetään mitä ollaan kehittämässä. Hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä varten on luotuna Internetissä monia malleja ja lukuisia opinnäytetyötä on tehty aiheen tiimoilta. Näin ollen uutuusarvoa tällä työllä ei siinä suhteessa ole. Ajankohtaisena aihetta voidaan yhteiskunnan ja yksilön näkökulmasta pitää, koska eliniän pidentyessä ikääntyneiden osuus kokonaisväestöstä kasvaa merkittävästi seuraavan vuosikymmenen kuluessa. Yhteiskunta ikääntyy, koska syntyvät ikäluokat ovat kooltaan aikaisempia pienempiä.

Tämän kehittämistyön tuloksiin, hyvinvointia edistävien kotikäyntien toimintamalliin ja yhteistyön rakentumiseen, voidaan mielestäni olla tyytyväisiä. Tätä syntynyttä yhteistyötä tultaneen jatkamaan syksyllä 2014 saman teeman puitteissa. Teemahaastattelujen tulokset antavat hyvää aineistoa kotikäyntien jatkokehittämiseen ja painopistealueiden, kuten iäkkäiden osallisuuden lisäämiseen. Keväällä 2014 suoritettut teemahaastattelut antoivat valtavasti tietoa ikääntyneiden hyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tämän opinnäytetyön puitteissa ei aiheen laajuuden vuoksi voitu paneutua kovin syvällisesti pohtimaan ikääntyneiden hyvinvoinnin koostumusta. Tehdyistä teemahaastatteluista saisi aivan oman opinnäytetyönsä, jossa olisi mahdollista selvittää perusteellisemmin kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia ja sen rakentumista.

Opinnäytetyön tekeminen toi tekijälleen lisää *ymmärrystä ja kunnioitusta* tämän hetken ikääntyneiden tilanteeseen. Sota ja sodan jälkeinen elämä työntäyteisenä ja perhekeskeisenä oli täysin erilainen kuin nykyihmisen yksilöllinen tekniikan täyttämä arki. Elämänsä aikana tapahtuneiden haasteellisten elämäkokemusten ja konkreettisten menetyksien on tutkimuksin havaittu heijastavan emotionaalisesti ja tiedollisesti terveydentilaan. Esimerkiksi posttraumaattisen stressireaktion kokeneilla sotilailla on Qureshin ym. 2010 ja Yaffen ym. 2010 mukaan kaksinkertainen riski sairastua dementoivaan sairauteen myöhemmässä elämänvaiheessa. (Pajunen 2012, 230–233.)

Ikääntyminen koetaan turhan kielteisenä ja yhteiskuntaa kuormittavana. Yhteiskunnassamme ihannoidaan nuoruutta. Teemahaastatteluista voi päätellä kuitenkin ikääntyneiden yleisen tyytyväisyyden ja kiitollisuuden. He eivät liiemmästi suunnittele tulevaa kovinkaan pitkälle vaan elävät hetkessä. Monet ovat vanhuudessaan onnellisia. Yleensä ikääntyminen merkitsee seesteistä oloa ja hyvin harva haikailee muutosta. Mennyt muistellaan lämmöllä ja se antaa voimaa nykyhetkeen. Myönteisiä tunteita voidaan pitää mielen voimavaroina, jolloin tarkoitetaan *psykykkistä kimmoisuutta* (Fried 2014.)

Elämään kuuluu myös asteittainen luopuminen, jonka ikääntyneet ovat joutuneet hyväksymään omassa elämässään toimintakyvyn ja terveyden huonontuessa. Tu-

tut myötätunnon tunteet on mahdollista kohdentaa myös itseen elämän kipeissä kohdissa. Tämä tarkoittaa pettymyksen tai surun tunnistamista ja hyväksymistä. Sen jälkeen on mahdollista palauttaa mieleen näiden tunteiden yleisinhimillinen luonne. Lisäksi on annettava aikaa itselle asian käsittelyyn ja toipumiseen. Tästä prosessista Phillips ja Ferguson (2013) käyttävät nimitystä *itsen myötätunto*. Tutkimuksissaan he ovat havainneet itsen myötätunnon kokemisen liittyvän hyvään ikääntymisen. Seuraavan sukupolven ikääntyneillä vanheneminen koetaan varmasti toisella tavalla eikä ikääntyminen jatkossa ole samalla tavalla yhtenäinen elämänvaihe kuin nykyisin.

Yksinäisyys oli monella ikääntyneellä tavallista. Tutkimuksissa on todettu yksinäisyyden tunteen olevan laadullisesti erilaista eri tasoilla. Yksinäisyyden kokemuksessa on kysymys siitä, miten ihminen kokee vuorovaikutuksen muiden kanssa määrältään riittämättömäksi tai laadultaan epätydyttäväksi. Toimivat ja läheiset ihmissuhteet vahvistavat mielenterveyttä stressitilanteissa, mutta toisaalta ihmissuhteiden katkeamisen tai niiden puutteen on todettu heijastavan kielteisesti sekä mielen että ruumiin terveyteen. Ikääntymiseen liittyvät luopumiset ja menetykset luovat vaikeita sopeutumishaasteita ja kuormittavat mielen tasapainoa. Läheiset ihmissuhteet merkitsevät jatkuvuutta elämässä, jatkuvuutta tunteiden tasolla ja myös jatkuvuutta turvallisuudessa sekä elämän merkitykselliseksi kokemisessa. Eläkkeelle siirtyessä läheisten ihmissuhteiden merkitys vielä korostuu. Läheisistä ihmissuhteista Antonucci ja Akiyama (1987) käyttävät sanaa *turvajoukko* (convoy). (Heikkinen & Kauppinen 2006, 91.)

Tämä opinnäytetyö käsitti hyvinvointia edistävien kotikäyntien lomakkeiston kehittämisen sekä kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvoinnin koostumuksen selvittämisen teemahaastatteluin. Tästä on tarkoitus jatkaa toiminnan kehittämistä yhteistyössä toimintakunnan sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä rakentaa hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamallia, joka tukee ikääntyneiden kotona pärjäämistä. Siten tämä opinnäytetyö vastasi tarkoitustaan ja antoi kehittämiselle alkusysäyksen käynnistäen vuoropuhelun toimintakunnan sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Jatkotutkimushaasteena olisi mielenkiintoista paneutua syvällisemmin ikääntyneiden yksinäisyyden kokemuksiin ja selvittää miten sosiaalista aktiivisuutta lisäämällä voidaan siihen vaikuttaa. Musiikilla on positiivisia vaikutuksia ihmisten hyvinvointiin ja sen ympärille voisi rakentaa pienimuotoisia toimintatuokioita, johon ikääntyneet voivat osallistua myös toiminnan organisoinnina.

Tärkein konkreettinen oppi tämän työn tekijälle oli se, että kirjoittaminen on tarpeellista koko prosessin ajan. Se selkeyttää omaa ajatusta ja vie työtä eteenpäin. Se on luonnollinen osa prosessia. Opintovapaalta töihin palattua oli mielenkiintoista havaita muutosta omissa toimintatavoissa. Kirjoittaminen tuntui paljon luonnollisemmalta tavalta paneutua käsillä olevaan työasiaan kuin aikaisemmin, jolloin ongelmaa tuli mietittyä vain mielessään. Vaihtoehdot hahmottuvat selkeämmin kirjoittamalla.

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Suomessa on vakiintunut tavaksi käyttää yläkäsitteenä sanaa *tutkimusetiikka* (research ethics) laajassa merkityksessä siten, että sillä tarkoitetaan kaikkia tutkimukseen ja tieteeseen liittyviä eettisiä arviointeja sekä näkökulmia. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on yhteistyössä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa uudistanut tutkimuseettisen ohjeen *hyvästä tieteellisestä käytännöstä* (HTK-ohje), jossa tutkimusetiikka on kapea-alaisempaa käsitteenä, tarkoittaen eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen noudattamista ja edistämistä tutkimustoiminnassa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4–5.)

Tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta sitä voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä ja luotettavana sekä tuloksia uskottavina. Hyvä tieteellinen käytäntö sisältyy myös osana tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmään. Hyvän tieteellisen käytännön keskeisinä lähtökohtina tutkimusetiikan näkökulmasta voidaan pitää seitsemää seuraavaa kohtaa. Näistä *ensimmäisenä* sitä, että tutkimuksessa tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusta tehdessä, tulosten tallentamisessa sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. *Toiseksi* tutkimuksen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla

tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä ratkaisuja. Tutkimuksen tuloksia julkaistessa tulee noudattaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää, kuten tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluu. *Edellisten lisäksi* tutkijan tulee kunnioittaa toisten tutkijoiden työtä ja saavutuksia ja ottaa se huomioon omassa tutkimuksessaan ja julkaisussaan niin, että viittaukset toisten tutkijoiden julkaisuihin ovat asianmukaiset ja antavat toisten saavutuksille niille kuuluvan arvon ja merkityksen. *Neljänneksi* tutkimus tulee suunnitella ja toteuttaa ja siitä tulee raportoida sekä siitä syntyneet tietoaineistot tallentaa tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. *Viidenneksi* tutkijan tulee huolehtia tarvittavien tutkimuslupien hankinnasta ja tietyillä aloilla vaadittavasta eettisestä ennakkoarvioinnista. *Kuudenneksi* tutkimushankkeessa tai tutkimusryhmässä tulee sopia jo ennen tutkimuksen aloittamista kaikkien tutkimukseen osallistuvien osapuolten oikeuksista, tekijyyttä koskevista periaatteista, vastuista ja velvollisuuksista aineiston säilytyksen ja käyttöoikeuksien suhteen. Tämän tulee tapahtua kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla ja tutkimuksen edetessä sopimuksia tulee voida tarvittaessa tarkentaa. Kaikkien *edellisten lisäksi* tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset sidonnaisuudet ja rahoituslähteet tulee ilmoittaa asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville sekä raportoida ne tutkimuksen tuloksia julkaistessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tässä kehittämistyössä pyrittiin noudattamaan rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta koko tutkimustyön ajan. Esimerkiksi teemahaastatteluiden tuloksissa ovat mukana kaikki haastateltavien vastaukset, eikä vain niitä, jotka olivat keskenään samansuuntaisia. Kaikki teemahaastattelujen tulokset ovat näin kehittämistyössä ja sen tuloksissa mukana. Toisten tutkimuksiin pyrittiin viittaamaan sovitulla tavalla ja antamaan näin jokaiselle tutkijalle hänelle kuuluva arvo. Lähteisiin pyrittiin kirjaamaan tarkasti kaikki työssä käytetty toisten materiaali. Tarvittava tutkimuslupa oli hankittu asianmukaisesti tulosaluejohtajalta. Kehittämistyön aineistoa on säilytetty asianmukaisesti ja teemahaastattelut opinnäytetyön tekijä litteroi itse. Litteroinnin jälkeen nauhat tyhjennettiin. Kehittämisyryhmässä sovittiin yhteisistä periaatteista kehittämistyön tulosten suhteen. Kehittämistyön tuloksena syntyneiden lomakkeiden käyttöoikeus on tässä vaiheessa (kevät 2014) kotikäyn-

tejä tekevillä kotisairaanhoidon työntekijöillä. Kehittämisyhmän jatkaessa toimintaansa syksyllä 2014 voidaan asiasta yhteisesti sopia tarvittaessa tarkemmin.

Tässä työssä on aihetta pyritty lähestymään kunnioittaen. Opinnäytteessä käsitellään ikääntyneiden hyvinvointia eikä tarkoituksella ole yritetty lokeroida ikääntynyttä vain asiakkaaksi tai palvelun käyttäjäksi. On pyritty lähestymään ikääntynyttä ihmisenä ja ymmärtämään ikääntynyttä ihmistä heidän parissaan tekevien työntekijöiden näkökulmasta. Eettisesti ei ole yhdentekevää, millaiseen vanhus- ja ihmiskäsitykseen tutkimus perustuu, koska siitä seuraa viime kädessä, millaista tietoa tutkimus tuottaa (Sarvimäki 2006, 9).

Tutkimuksen tietolähteet tulee valita sen perusteella, mihin ongelmaan halutaan saada vastaus. Yleistämiseen pyrkivässä empiirisessä tutkimuksessa kaikilla tutkittavaan ryhmään kuuluvilla tulee olla yhtäläinen mahdollisuus päästä tutkimuksen tietolähteeksi. Tietolähteiden valinta saattaa ohjata tutkimustuloksia tai vinouttaa niitä. Tietolähteiden valinnassa on pyrittävä toimimaan siten, että tutkimuksesta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa tutkittaville. (Leino-Kilpi, Välimäki 2006, 289.)

Laadullisen tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluu Nieswiadonyn (1987), Mundallin (1988) ja Ramosin (1989) mukaan tiedonantajan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus (Latvala, Vanhanen-Nuutinen 2001, 39). Teemahaastattelukutsut haastattelueteemoineen lähetettiin kaikille seitsemälle kotisairaanhoidon työntekijälle sähköpostitse. Neljä heistä vastasi haastattelukutsuun ja heidät haastateltiin. Näin ollen voidaan ajatella haastattelujen perustuneen vapaaehtoisuuteen. Tosin pois ei voida sulkea sitä vaihtoehtoa, että osa haastattelukutsuun vastanneista koki haastatteluun osallistumisen velvollisuudekseen, koska opinnäytetyön tekijä oli heille tuttu. Teemahaastattelutilanteen alussa haastattelun luottamuksellisuutta vielä korostettiin. Henkilöllisyyden suojaamiseen pyrittiin tulosten kerronnassa suorien lainauksien osalta siten, että osa murteellisista ilmauksista muutettiin yleiskielisiksi. Tämä tehtiin kuitenkin niin, ettei kerrottua sisältöä muutettu. Tämä oli mahdollista, koska opinnäytetyön tekijä ja haastateltavat tunsivat toisensa entuudestaan.

Teemahaastattelulomaketta ei esitestattu aikataulullisista syistä. Varmistuksen vuoksi tämä olisi kuitenkin ollut tarpeellista tehdä, vaikkakaan haastattelujen aikana ei tullut esille tilanteita, joissa käsillä olevat teemat olisivat olleet haastateluille epäselviä tai vaatineet lisävalaistusta. Kysymykset ja teemat olivat ymmärrettäviä ja tarvittavaa tietoa saatiin. Tässä tilanteessa oli etua siitä, että opinnäytetyöntekijä ja haastateltavat puhuivat niin sanotusti samaa kieltä, koska ikääntyneiden asiat ovat molemmille osapuolille työn vuoksi tuttuja.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Onnistuneella tutkimuksella saadaan luotettavia vastauksia tutkimusongelmiin. Tutkimus tulee tehdä rehellisesti, puolueettomasti sekä niin, ettei vastaajilla aiheudu siitä haittaa. Luotettavuuden ensimmäinen edellytys on, että tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaisesti. Mittauksen hyvyttä ja luotettavuutta kuvataan pätevyyden eli *validiteetin* ja toistettavuuden eli *reliabiliteetin* käsitteillä. Nämä yhdessä muodostavat mittarin kokonaisluotettavuuden. (Heikkilä 1999, 28–29.)

Reliaabelius tarkoittaa siis mittauksen tai tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Janesickin (2000, 393) mukaan laadullisen tutkimuksen ydinasioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Validius merkitsee kuvauksen ja siihen liittyvien selityksien sekä tulkintojen yhteensopivuutta. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara. 2010, 232.)

Vaikka validiteettiä ja reliabiliteettiä arvioidaan enemmän kvantitatiivissa tutkimusmenetelmissä ja niiden selvyydestä ollaan montaa mieltä, tulisi jokaisen tutkijan jollain tasolla pohtia ja perustella tutkimuksensa etenemisprosessia ja valittuja toimintatapoja sekä näkökulmia. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara. 2010, 231–232.)

Tutkimuksen *luotettavuutta* on pyritty tässä työssä takaamaan mahdollisimman tarkalla kirjaamisella. Tämä oli aluksi haasteellista, koska kirjoittaminen kulki paljon toimintaa jäljessä. Lisäksi opinnäytetyöntekijälle tämä oli ensimmäinen tutkimus, jossa hän käytti päiväkirjatyyppistä toimintatapaa. Alussa ei voinut tietää kirjaako tarpeellisia asioita vai ovatko merkinnät kehittämistyön kannalta tar-

peettomia. Kokousmuistiot muodostuivat tärkeiksi tiedon lähteiksi ja niiden avulla oppi kirjaamaan itsestään selviltä tuntuvia asioita ylös. Samalla tehdyt päätökset ja linjaukset on pyritty perustemaan. Teemahaastattelujen tulokset on esitetty siten, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa. Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden kannalta tutkittavien henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus ovat tärkeitä asioita (Latvala, Vanhanen-Nuutinen 2001, 39.) Kerätty teemahaastatteluaineisto oli ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä tätä tutkimusta varten ja tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

Tutkija vaikuttaa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 18) tutkimukseen sen eri vaiheissa, niin käsitteiden valintaan ja niiden tulkintaan kuin aineiston keruuseen ja analysointiin sekä raportointiin. Opinnäytetyön tekijää voidaan siksi pitää yhtenä tutkimusvälineistä.

Alasuutarin (2001, 277) mukaan laadullista tutkimusta tekevän on syytä varautua siihen, että ainakin jokin asia poikkeaa ennakkosuunnitelmasta. Toivotun kaltaista tutkimusaineistoa ei ehkä voidakaan teknisten tai muiden syiden takia hankkia. Tutkimuksessa ei nousekaan syystä tai toisesta oletetut asiat esille. Toisaalta jokin yllättävä havainto saattaa vangita tutkijan mielenkiinnon. Laadullisessa tutkimuksessa saattaa siis joutua tilanteeseen, että lähtökohtia on tarkistettava ehkä moneenkin kertaan.

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli luoda hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli kehittämisryhmän toimintana. Tämä tavoite osoittautui aikataulullisesti liian isoksi ja vaativaksi tehtäväksi.

Kehittämistutkimusta tekevät usein sellaiset, jotka liittyvät työn ja opiskelun toisiinsa. Varsinkin jatkotutkinnoissa, kuten ylempi AMK, edellytyksenä on tarvittava työkokemus, ja opinnäytetyö tehdään usein omalle työpaikalle. Tämä palvelee suoraan omaa työyhteisöä ja samalla voi kehittää itseään. Toisaalta tutkija ei tässä tilanteessa välttämättä kykene tarvittavaan objektiivisuuteen kehittämistutkimusta tehdessään, koska hän näkee työyhteisönsä omien kokemuksien kautta. Lisäksi tutkija saattaa törmätä kateuteen ja valtapeliin, sillä työelämä on monessa suhteessa raadollista. Yksi näkökulma liittyy *uskottavuuteen*, koska ulkopuoliseen on pal-

jon helpompi uskoa kuin omaan henkilöstöön. Monesti omaehtoista kehittämistyötä ei voida pitää tutkimuksena, koska se ei täytä kaikkia tutkimuksen kriteereitä. Etuna voidaan pitää sitä, että kun kehittämistyön tekee omalle työpaikalleen, on jo valmiiksi sisällä ilmiössä ja ymmärtää mistä on kyse. Lisäksi oikein toteutettuna kehitystyö tuo mukanaan työyhteisön sitoutumisen. (Kananen 2012, 182–183.)

Tämä kehittämistyö tehtiin samaan organisaatioon, mutta ei juuri opinnäytetyön tekijän omalle työpaikalle. Opinnäytetyön tekijän esimiesasema saattoi vaikuttaa siihen, että myös muut, varsinkin esimiehistä koostuva kehittämisryhmä, lähtivät vastuullisesti mukaan uuden toiminnan kehittämiseen. Oleellista oli myös sosiaali- ja terveydenhuollon välisen vuoropuhelun käynnistyminen, jossa esimiesasemasta oli hyötyä. Opinnäytetyön tekijä joutui tässä tilanteessa katsomaan omaa organisaatiotaan uudesta näkökulmasta. Koko kehittämistyön aikana tavoitteena oli nivouttaa erillisiä toimintoja yhdeksi kokonaisuudeksi ja tehdä toimintaa samalla näkyväksi kaikille ikääntyneiden parissa toimiville sekä kunnan sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Triangulaatio tarkoittaa useiden menetelmien käyttöä samassa tutkimuksessa. Tämä tarkoittaa tutkimuksen validiutta. (Hirsjärvi ym. 2010, 233). Termin kehittäjästä Denzin (1978) esittämässä lähestymistavassa triangulaatio muodostuu neljästä lähestymistavasta: menetelmä-, teoria-, tutkija- ja aineistotriangulaatio (Kananen 2012, 179).

Tässä työssä on menetelmätriangulaation piirteitä. Teemahaastatteluja on käytetty osana toimintatutkimusta, jonka tarkoituksena oli luoda kuntaan hyvän ikääntymisen edistämisen toimintamalli. Haastattelujen avulla oli tarkoitus kartoittaa niitä ikääntyneiden hyvinvointia edistäviä tekijöitä, jotka tukevat kotona pärjäämistä. Nämä teemahaastattelujen tulokset kyetään hyödyntämään hyvinvointia edistävien kotikäyntien jatkokehittämisessä ja niiden vaikuttavuuden lisäämisessä. Hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä kehitetään moniammatillisessa kehittämisryhmässä. Näin triangulaatio antaa paremman ja monipuolisemman kuvan tutkittavasta ilmiöstä ja lisää tutkimuksen luotettavuutta (Kananen 2012, 181).

LÄHTEET

Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Jyväskylä. Gummeruksen kirjapaino Oy.

Allardt, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Helsinki. WSOY.

Bond, J., Corner, L. 2004. Quality of Life and Old People. Rethinking Ageing. London. Open University Press.

Bowling, A. 2005. Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales. Third Edition. England. Open University Press.

Carr, W., Kemmis, S. 1986. Becoming critical. Education, knowledge and action research. London. Falmer.

Eloranta, T., Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Hygieia-sarja. Helsinki. Tammi.

Ervasti, H., Saari, J. 2011. Onnellisuus hyvinvointivaltiossa. Teoksesta Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta, 191–219. Toim. Saari, J. Helsinki. Gaudeamus.

Eskola, J., Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Jyväskylä. Gummeruksen kirjapaino Oy.

Eskola, J., Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksesta Ikäkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle, 25–44. 2. korjattu ja täydennetty painos. Toim. Aaltola, J. Vali, R. Juva. PS-kustannus.

Fried, S. 2013. Mielen voimavarat. Teoksesta Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi, 27–46. Katsaus kirjallisuuteen. Oraitia 1/2013. Toim. Fried, S., Heimonen, S., Jokinen, P. Ikäinstituutti.

Fried, S. 2014. Myönteiset tunteet ovat mielen voimavara. Ikäinstituutti. Viitattu 15.5.2014. Saatavilla www-muodossa: http://www.ikainstituutti.fi/sitenews/view/-/nid/165/ngid/3/language_code/fi/

Hammar, T. 2008. Palveluiden yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisesa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palveluiden käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Stakesin tutkimuksia 179. Vaajakoski. Gummerus.

Heikkilä, A., Jokinen, P., Nurmela, T., 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki. WSOY.

Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Helsinki. Business Edita.

Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimus - toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksesta Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle, 196–212. Toim. Aaltola, J., Valli, R. 2. korjattu ja täydennetty painos. Juva. PS-kustannus

Heikkinen, H., Rovio, E., Syrjälä, L. Toim. 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Kansanvalistusseura.

Heikkinen, R-L., Kauppinen, M. 2006. Mieliala 65–69.-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004. Teoksesta Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004, 85–101. Toim. Heikkinen, E., Kauppinen, M., Salo, P-L., Suutama, T. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83. Helsinki. Kelan tutkimusosasto.

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.–16. painos. Helsinki. Tammi.

Hyvärinen, L. 2013. Näkö. Teoksesta Gerontologia, 198–209. 3. uudistettu painos. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J., Rantanen, T. Helsinki. Duodecim.

Hyypä, M.T., Liikanen, H-L. 2005. Kulttuuri ja terveys. Helsinki. Edita.

Hyypä, M.T. 2013. Kulttuuri pidentää ikää. Helsinki. Duodecim.

Ikäihmisten sähköinen hyvinvointiprofiili proactum. fi. Viitattu 17.4.2014. <http://www.msg.fi/ikaihminen-sahkoinen-hyvinvointiprofiili>

Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 1.5.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/iakkaiden_neuvontapalvelut_kotikaaynnit

Ikääntyneiden palvelut. Hyvinvointia edistävät palvelut. Kunnat.net. Viitattu 1.5.2014. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/neuvontapalvelut/Sivut/default.aspx>

Julkunen, R. 2008. Ikä ideana ja tutkimuskohteena. Teoksessa Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin, 15–32. Suomi, A., Hakonen, S. (Toim.) Juva. PS-kustannus.

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja 101. Tampere. Juvenes Print.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Tampere. Juvenes Print.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro.

Kattainen, E. 2010. Ikääntyvien elämänlaadun edistäminen – ennakoivat kotikäynnit ikääntyvien terveyden edistämisen työmenetelmänä. Teoksessa Terveyden edistäminen. Toiminnasta tietoon, 191–213. Toim. Pietilä, A-M. Helsinki. WSOYpro.

Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki. Kirjapaja.

Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki. WSOY.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus: kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere. Tammerpaino Oy.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Vastapaino.

Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1998. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol. 1.1999, 3–12.)

L28.12.2012/980. Vanhuspalvelulaki. Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 18.9.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Latvala, E., Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi. Sisällönanalyysi. Teoksesta Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 21–40. Janhonen, S., Nikkonen, M. Juva. WSOY.

Lagerspetz, E. 2011. Hyvinvoinnin filosofia. Teoksesta Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan peruste, 79–105. Toim. Saari, J. Helsinki. Gaudeamus.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. 1.–3. painos. Helsinki. WSOY.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. 3. uudistettu painos. Helsinki. Gummerus kirjapaino Oy.

Mäkelä, H. 2011. Ehkäisevä vanhustyö ja kunnallinen päätöksenteko. Tapauskohteena ikääntyneiden neuvontapalvelut. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 17.3.2014. http://publications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110121/urn_nbn_fi_uef-20110121.pdf

Nurmiranta, H., Leppämäki, P., Horppu, S. 2009. Kehityopsykologiaa lapsuudesta vanhuuteen. Practica-sarja. Kirjapaja. Helsinki.

Näslindh-Ylispaangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki. Edita.

- Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYpro. Helsinki.
- Pajunen, H. 2012. Mielenterveyttä kaiken ikää. Teoksesta Mielen terveys vanhuudessa, 228–234. Persona Grata. Toim. Heimonen, S., Pajunen, H. Helsinki. Edita.
- Phillips, W., Ferguson, S. 2013. Self-compassion. A resource for positive aging. Journals of Gerontology series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 68(4), 529–539. Viitattu 14.5.2014. Tiivistelmä. Saatavilla [www-muodossa: http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/68/4/529.short](http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/68/4/529.short)
- Pitkälä, K. 2013. Geriatrisen potilaan palveluketju. Luentomateriaali 31.10.2013 Vaasa.
- Pitkälä, K., Valvanne, J., Huusko, T. 2010. Geriatrisen kuntoutus. Teoksesta Geriatria, 438–444. Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.). Porvoo. Duodecim.
- Rahkonen, O. 2000. Vanhojen miesten ja naisten elintavat ja terveydentila. Teoksesta elämäankaari ja terveys, 167–185. Toim. Rahkonen, O., Lahelma, E. Tampere. Gaudeamus.
- Rintala, T. 2003. Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 23.1.2014. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/10841/abstract.pdf?sequence=1>
- Routasalo, P. 2010. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksesta Geriatria, 411–416. Toim. Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. Porvoo. Duodecim.
- Ruoppila, I. 2003. Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksesta Vanhuuden voimavarat, 119–153. Heikkinen, E., Marin, M. (toim.) Tammi. Helsinki.
- Rättö, H-K. 2009. Hyvinvointi ja hyvinvoinnin mittaamisen kehittäminen. Tilastokeskus. Tutkimuksia 250. Helsinki. Multiprint Oy.
- Saarenheimo, M. 2012. Psyykkinen hyvinvointi vanhuudessa. Teoksesta Mielen terveys vanhuudessa, 42–45. Persona Grata. Toim. Heimonen, S., Pajunen, H. Helsinki. Edita.
- Sarola, J.P. 1994. asuinympäristön ja paikan merkitys vanhalle ihmiselle. Teoksesta Muuttuva vanhuus, 116–131. Toim. Uutela, A., Ruth, J-E. Tampere. Gaudeamus.
- Sarvimäki, A. 2006. Vanhustenhuollon tutkimus ja tutkimusetiikka. Teoksesta Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa, 9–13. Stakesin työpapereita 21/2006. Toim. Topo, P. Stakes. Viitattu 24.4.2014. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77099/T21-2006-VERKKO.pdf>

Sorri, M., Huttunen, K. 2013. Kuulo. Teoksesta Gerontologia, 186–197. 3. uudistettu painos. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J., Rantanen, T. Helsinki. Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:4. Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta. Valtionneuvoston periaatepäätös. Viitattu 17.3.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:3. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Viitattu 17.3.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3640.pdf&title=Hyvinvointi_2015__ohjelma__Sosiaalialan_pitkan_aikavalin_tavoitteita_fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:6. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Viitattu 17.3.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali__ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:3. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Viitattu 17.3.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:16. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Viitattu 17.3.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3702.pdf&title=Kansallinen_terveyserojen_kaventamisen_toimintaohjelma_2008__8211_2011_fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Perälä, M-L., Halme, N., Nykänen, S. Lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteen sovittava johtaminen. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Opas 19.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012:1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Viitattu 17.3.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013:11. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Viitattu 18.9.2013
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1860580

Stenvall, J., Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tallinna. Tietosanoma.

Strandberg, T., Tilvis, R. 2010. Ennaltaehkäisy geriatriassa. Teoksesta Geriatria, 425–437. Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.). Porvoo. Duodecim.

Terveysten edistämisen politiikkaohjelma. 2007. Viitattu 17.3.2014. <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/-ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Viitattu 23.1.2014. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=4&cu>

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Viitattu 23.4.2014. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=2¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d8321703ad0f3043fcade48ff3f41dfd53&indCount=1&yearCount=3>

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Viitattu 28.4.2014. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=for-mat®ionCount=1&sexCount=1&eventParameter=3&setId=p85c1a784c430d863832b32fea847058898bf2078a00d84&indCount=14&yearCount=3>

Tilvis, R. 2010. Vanhenemismuutokset. Teoksesta Geriatria, 20–61. Toim. Tilvis, P., Pitkälä, K., Stranberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. Porvoo. Duodecim.

TOIMIA-tietokanta. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos 2011. Viitattu 1.5.2014. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 7. uudistettu painos. Helsinki. Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 24.4.2014. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaapio, S. 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisen ehkäisy. Väitöskirja. Turun yliopiston. Sarja C. OSA 280. Viitattu 19.2.2014. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/44658/AnnalesC280Vaapio.pdf?sequence=1>

Vaarama, M., Luoma, M-L., Siljander, E., Meriläinen, S. 2010. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2010, 150–168. Toim. Vaarama, M., Moisio, P., Karvonen, S. Helsinki. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki. Yliopistopaino. Viitattu 7.11.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d>

Vaarama, M., Moisio, P., & Karvonen, S. (toim.) 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki. Yliopistopaino

Vaarama, M., Ollila, K. 2008. Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2008, 116–136. toim. Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J., Heikkilä, M. (toim.).2.painos. Vammala. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M-L., Meriläinen, S. 2010.Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2010, 126–149. Toim. Vaarama, M., Moisio, P., Karvonen, S. Helsinki. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki. Tammi

Wentjärvi, A., Pellfolk, T., Säätelä, S., Jungerstam, S. 2011. Yngre äldre och livskvalitet i Österbotten. Teoksesta Kohti sosiaalisesti kestävää hyvinvointia. Näkökulmia Pohjanmaalta, 126–135. Vartiainen, P., Vuorenmaa, M. (Toim.) Vaasan yliopisto. Tutkimuksia 295. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 6. Vaasa.

Välikangas, K. 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palveluiden kehittämisessä. Suomen Ympäristö 21/2006. Ympäristöministeriö. Asunto- ja rakennusosasto. Helsinki. Edita Prima Oy.

LIITE 1

Teemahaastattelun haastattelurunko**Taustatiedot**

- koulutustausta
- kauanko ollut työssä kotisairaanhoidossa

Kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointi

1. Millainen merkitys seuraavilla osa-alueilla mielestäsi on ikääntyneiden hyvinvoinnille ja kotona pärjäämiselle?
 - fyysinen toimintakyky
 - koettu terveys
 - henkinen toimintakyky (mieliala, elämän kokeminen merkitykselliseksi)
 - sosiaaliset suhteet (verkosto, osallistuminen)
 - ympäristö ulottuvuus (palveluiden saatavuus, asumisen turvallisuus)
 - materiaallinen hyvinvointi (elinolot ja toimeentulo)
 - onnellisuus ja elämään tyytyväisyys (yksinäisyys, itsenäisyys, elämän tavat)
 - hyödyllisyyden tunne
2. Tuleeko mieleesi vielä jokin muu osa-alue?
3. Onko jollain edellä mainitulla ulottuvuudella mielestäsi ratkaiseva merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnille ja kotona pärjäämiselle? Miksi?

Hyvä ikääntyminen ja sen edistäminen

4. Millä keinoin ikääntyneiden kotona pärjäämistä voitaisiin mielestäsi tulevaisuudessa kunnassamme tukea?
 - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimesta
 - fysioterapian toimesta
 - aikuisneuvolan toimesta
 - jonkin muun instanssin toimesta
5. Mitä esteitä näet kotiin tarjottavien palveluiden toteuttamiselle?
6. Miten yhteistyötä eri toimijoiden välillä voitaisiin kehittää?



Sosiaali- ja terveysvirasto
Social- och hälsovärdsverket

LIITE 2

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Tänä vuonna Laihialla tarjotaan Hyvinvointia edistävää kotikäyntiä kaikille 75 vuotta täyttävälle itsenäisesti omassa kodissaan asuville kuntalaisille. Kotikäyntejä tekevät kotisairaanhoidon terveydenhoitajat. Tarkoituksena on tukea Teidän hyvinvointianne ja kotona asumista. Kotikäynti on Teille maksuton ja vapaaehtoinen.

Kotikäynnillä keskustelemme Teidän hyvinvointiinne liittyvistä asioista, kuten asumisen turvallisuudesta, terveydestä, mahdollisista toiveista palveluiden suhteen. Lisäksi mittaamme verenpaineen ja sykkeen muun muassa.

Tämän kirjeen mukana on keskustelulomake etukäteen tutustumista varten. Voitte halutessanne jo täyttää sitä, mutta tarkoitus on, että käydään kysymykset yhdessä haastattelijan kanssa läpi.

Kotisairaanhoidon työntekijä ottaa Teihin yhteyttä puhelimitse lähiaikoina mahdollista kotikäynnin toteuttamista ajatellen.

Työntekijä: _____

PL 241 65101 VAASA
PB 241 65101 VASA

Käyntiosoite/
Besöksadress Hallinto ja talous
Förvaltning och ekonomi
Sosiaalityö ja perhepalvelut
Socialarbete och familjeservice
Terveyspalvelut, Koti- ja laitoshoido
Hälsövärdsservice, Hem- och anstaltsvård
Yhteistoiminta-alue Laihia

Puhelin (06) * 325 1111
Telefon (06) * 325 1111

Vaasanpuist. 20 B, 2. krs
Vasaoppl. 20 B, 2. vån.
Vöyrinkatu 46
Vörögatan 46
Rintäkellarintie 4, Siivaria
Krukkalainvägen 4, Siivaria
Vallimäentie 43, 66400 Laihia

s-posti: etunimi.sukunimi@vaasa.fi
e-post: fornamn.efternamn@vaasa.fi

fax (06) 325 2323

fax (06) 325 2699

fax (06) 325 1643

fax (06) 325 8202 viite hallinto



Sosiaali- ja terveysvirasto
Social- och hälsovårdsverket

LIITE 3

Hyvinvointia edistävä kotikäynti 75-vuotiaalle

A Taustatiedot

Nimi _____

Osoite _____

Puhelin _____

Lähiomainen _____

Mistä ammatista olette jääneet eläkkeelle? _____

Onko Teillä lapsia? Jos on, montako? _____

B Asumisen turvallisuus

1. Miten asutte? (yksin, puolison, jonkun muun kanssa)

2. Asumismuoto? (omakotitalo, rivitalo, omistussuhde)

3. Asumisen varustetaso:

☐ sähkö ☐ lämminvesi ☐ viemäri ☐ sisä-wc ☐ sauna ☐ jääkaappi ☐ pakastin

4. Millaisen avun turvin voitte asua kotona jatkossakin?

5. Onko asuntoon tehty viimeisen vuoden aikana muutostöitä, jos niin millaisia?

6. Tarvitsetteko asuntoon tehtäviä muutostöitä, jotka helpottavat asumistanne?

7. Pidätkö ulko-oven lukossa? _____

8. Onko asunnossanne:

- ☐ palovaroitin ☐ alkusammutusvälineet ☐ matoissa liukuesteet
- ☐ liedен ylikuumenemissuoja ☐ saunan kiuas suojattu ☐ yövalo
- ☐ päivittäin tarvittavat käyttöesineet helposti saatavilla

9. Koetteko olonne turvalliseksi? _____

10. Onko tilanteita tai ihmisiä, joita pelkäätte?

11. Ovatko pihapiirin kulkuväylät kunnossa?

12. Onko pihapiirissä valaistusta? _____

C Lähipalveluiden saatavuus

13. Kuinka pitkä matka Teillä on palveluiden ääreen (kauppa, apteekki)?

14. Miten kuljette matkat kauppaan ja asioille? _____

D Päivittäisistä toimista selviytyminen, liikkuminen

15. Mistä seuraavista selviydte itsenäisesti?

- ☐ wc-toiminnot ☐ syöminen ☐ peseytyminen ☐ ruuan valmistus ☐ kevyet taloustyöt ☐ pyykin pesu ☐ raha-asoiden hoitaminen ☐ kaupassa käynti

☐ varpaankynsien leikkaaminen

16. Kuka tekee tarvittavat pienet korjaustyöt (esim. lampun vaihto)?

17. Käytättekö apuvälineitä päivittäisissä toimissanne sisällä/ulkona, jos niin millaisia?

18. Onko asunnossanne:

☐ kynnyksiä ☐ portaita ☐ tukikahvoja esim. wc:ssä

19. Onko käytössänne liikkumiseen tarvittavia apuvälineitä, jos on niin millaisia?

20. Miten paljon yleensä liikutte päivän aikana?

21. Millaiset mahdollisuudet Teillä on harrastaa liikuntaa?

22. Oletteko kaatuneet kotiloissa viimeisen vuoden aikana?

E Terveystila ja toimintakyky

23. Millainen on mielestänne oma terveytenne tällä hetkellä? (kouluarvosanalla 4-10)_____

24. Millainen terveydentilanne on viime vuoteen verrattuna?

☐ huonompi ☐ parempi ☐ samanlainen, ei muutoksia

25. Huolestuttaako Teitä tällä hetkellä jokin asia terveydessänne?

26. Nukutteko hyvin?_____

27. Kävittekö toimintakykytestissä fysioterapiassa 70-vuotiaana? _____

Mieliala

28. Millainen mielialanne on ollut viime aikoina?

29. Onko Teidän elämässä tapahtunut viimeisen kahden vuoden aikana oleellisia muutoksia?

☐ muutto ☐ läheisen kuolema ☐ oma sairastuminen ☐ lapsenlapsen syntymä

☐ avioituminen

30. Onko Teillä ystäviä, joiden kanssa voitte viettää aikaa ja keskustella?

31. Tunnetteko itsenne:

☐ yksinäiseksi ☐ murheelliseksi ☐ turvattomaksi ☐ väsyneeksi

☐ elämään tyytyväiseksi

Muisti

32. Koetteko muistinne huonontuneen viimeisen vuoden aikana?

33. Millaiseksi arvioitte uusien asioiden oppimiskykynne tällä hetkellä?

Aistit

34. Näettekö lukea sanomalehtitekstiä? _____

35. Millaiseksi koette kuulonne? _____

36. Käytättekö kuulokojetta? _____

37. Millainen on mielestänne suunne terveydentila?

☐ hyvä ☐ tyydyttävä ☐ huono, miksi?

Ravitsemus

38. Syötekö päivittäin lämpimän aterian?

39. Onko Teillä hyvä ruokahalu?

40. Käyttekö D-vitamiinia tai muita vitamiineja? _____

Nautintoaineet

41. Käyttekö alkoholia?

☐ en ☐ kyllä, miten usein?

42. Tupakoitteko?

☐ en ☐ kyllä, montako savuketta päivässä?

Rokotukset

43. Ovatko rokotuksenne voimassa (esim. kurkkumätä-jäykkäkouristus)?

☐ kyllä ☐ ei ☐ en tiedä

F Sairaudet ja lääkitykset

44. Onko Teillä jokin lääkärin toteama ja hoitoa vaativa sairaus?

☐ ei ole ☐ kyllä on, mikä?

45. Mitä lääkkeitä tai luontaistuotteita käytätte säännöllisesti tai tarvittaessa?

46. Onko Teillä tällä hetkellä vaivoja, oireita tai epäily jostakin sairaudesta, johon toivoisitte selvittelyä?

G Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen

47. Kuinka usein tapaatte omaisianne?_____

48. Käykö luonanne vieraita?_____

49. Toimitteko omaishoitajana?_____

50. Kuinka usein osallistutte vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella?

51. Millä yleensä liikutte?

H Sosiaaliset etuudet ja avustukset

52. Miten koette, että saamanne tulot/ tuet riittävät päivittäiseen elämiseen?

53. Mistä seuraavista haluatte lisää tietoa?

☐ asumistuesta ☐ eläkkeensaajan hoitotuesta ☐ omaishoidon tuesta

☐ toimeentulotuesta ☐ terveydenhuollon asiakasmaksukatosta

54. Miten tyytyväinen olette tällä hetkellä kunnassa tarjolla oleviin palveluihin?

Onko Teillä muita asioita, joista haluaisitte keskustella?

Millaisia toiveita Teillä on esittää kunnalle yleisesti ikäihmisten palveluiden suhteen?



Sosiaali- ja terveysvirasto
Social- och hälsovårdsverket

LIITE 4

YHTEENVETO HYVINVOINTIA EDISTÄVÄSTÄ KOTIKÄYNNISTÄ

Haastateltava _____ Pvm _____

Haastattelun suoritti: _____
(nimi ja puhelinnumero)

1. Verenpaine _____
2. Syke _____ säännöllinen/epäsäännöllinen
3. Verensokeri _____ tuntia ateriasta
4. Yhdellä jalalla seisominen _____ sekuntia (max 13 s)
5. Tuolilta ylösnousu x 5 _____ sekuntia (max 15 s) _____ käsiä apuna käyttäen
6. Seisten esineen nostaminen lattialta (kynä tms.) PISTEET
 Onnistuu ilman tukea 2
 Onnistuu tuen avulla 1
 Onnistuu avustettuna/ei pysty suorittamaan 0
7. Seisominen silmät kiinni PISTEET
 Pystyy seisomaan turvallisesti 10 sekuntia 3
 Pystyy seisomaan varmistuksen turvin 10 sekuntia 2
 Pystyy seisomaan 3 sekuntia 1
 Ei pysty pitämään silmiä kiinni seisossa 0

Kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteyttä (koska ja kenen toimesta?)

PL 241 65101 VAASA
PB 241 65101 VAASA

Käyntiosoite/
Besöksadress Hallinto ja talous
Förvaltning och ekonomi
Sosiaalityö ja perhepalvelut
Socialarbete och familjeservice
Terveyspalvelut, Koti- ja laitoshoido
Hälsövdsservice, Hem- och anstaltsvård
Yhteistoiminta-alue Laihia

Puhelin (06) * 325 1111
Telefon (06) * 325 1111

Vaasankuist. 20 B, 2. krs
Vaasakuist. 20 B, 2. vkm.
Vöyrinkatu 46
Vörögatan 46
Rintakellarintie 4, Siivaria
Kruuskalavägen 4, Siivaria
Vallinmäentie 43, 66400 Laihia

s-posti: etunimi.sukunimi@vaasa.fi
e-post: fornamn.efternamn@vaasa.fi

fax (06) 325 2323

fax (06) 325 2699

fax (06) 325 1643

fax (06) 325 8202 viite hallinto



Sosiaali- ja terveysvirasto
Social- och hälsovårdsverket

LIITE 5

OHJEET TOIMINTAKYKYTESTIÄ VARTEN

1. Yhdellä jalalla seisominen

Tarvitaan sekuntikello

Mittaus tehdään asiakkaan mielestä paremmalla jalalla. Ennen suoritusta asiakkaalle näytetään oikea suoritustekniikka ja asiakas saa kokeilla, kumpi jalka tuntuu suoritukseen paremmalta.

Asiakas suorittaa yhdellä jalalla seisomisen kaksi kertaa ja parempi tulos kirjataan. Jos asiakas saavuttaa ensimmäisellä kerralla 30 sekunnin tuloksen, ei mittausta toisteta.

Vertailuarvoja:

Naiset	75-79 v. 12 s	Miehet	75-79 v. 13 s
	80-84 v. 10 s.		80-84 v. 9 s.
	85-89 v. 7 s		85-89 v. 5 s

Jos tulos testissä

- alle 5 sekuntia -> kaatumisvaara suuri
 - 5-10 sekuntia -> ollaan jo "heikoilla jäillä" tasapainon suhteen
- ➔ **TASAPAINOHARJOITTELU EHDOTTOMAN TÄRKEÄÄ**

2. Tuolilta ylösnousu

Tarvitaan sekuntikello ja normaali selkänojallinen tuoli.

Asiakas istuu tuolilla kädet rennosti sivuilla, selkä kiinni tuolin selkänojassa ja jalat tukevasti alustalla. Mikäli asiakas on niin lyhyt, etteivät hänen jalkansa tässä asennossa yllä lattiaan, voidaan asennon korjaamiseksi asettaa tuolin selkänojan ja asiakkaan selän väliin tukeva tyyny.

Mittaaja kehottaa asiakasta nousemaan tuolilta ilman käsien apua. Jos suoritus ei onnistu ilman käsien apua, se toteutetaan käsillä avustaen. Suorituksessa asiakas nousee viisi kertaa ylös tuolilta ja kulunut aika mitataan. Suorituksessa on huomioitava, että seisoma-asennossa polvet ojentuvat suoriksi.

Vertailuarvoja:

Naiset	75-79 v. 16 s	Miehet	75-79 v. 15 s
	80-84 v. 17 s		80-84 v. 17 s
	85-89 v. 23 s		85-89 v. 18 s

PL 241 65101 VAASA
PB 241 65101 VAASA

Käytösosasto/
Besöksadress

Hallinto ja talous
Förvaltning och ekonomi
Sosiaalityö ja perhepalvelut
Socialarbete och familjeservice
Terveyspalvelut, Koti- ja laitoshoido
Hälsöovårdsservice, Hem- och anstaltsvård
Yhteistoiminta-alue Laihia

Puhelin (06) * 325 1111
Telefon (06) * 325 1111

Vaasanpuist. 20 B, 2. krs
Vaasapu. 20 B, 2. vkm.
Vöyrinkatu 46
Vörögatan 46
Kuntokellarintie 4, Siivaria
Krukkalainkatu 4, Siivaria
Vallinmäentie 43, 66400 Laihia

s-posti: etunimi.sukunimi@vaasa.fi
e-post: fornamn.efternamn@vaasa.fi

fax (06) 325 2323

fax (06) 325 2699

fax (06) 325 1643

fax (06) 325 8202 viite hallinto

